

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE TROISIÈME CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
GUILLAUME LANOUE

ÉVALUATION DU GROUPE DE THÉRAPIE DU NIVEAU 1 POUR LES
PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES ANXIEUX DE LA CSSS DE
L'ÉNERGIE

FÉVRIER 2007

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Ce travail a comme objectif d'évaluer le groupe de thérapie de niveau 1 du Programme de thérapie pour les personnes souffrant de troubles anxieux du CSSS (Centre de Santé et de Services Sociaux) de l'Énergie. L'évaluation porte sur les éléments suivants : les ressources humaines, la clientèle, la prestation des services et l'efficacité du groupe. Elle vise à émettre des recommandations sur les différents éléments évalués et, ainsi à identifier les forces et les faiblesses du groupe de façon à pouvoir donner une appréciation globale du groupe. Les ressources humaines sont évaluées à l'aide d'entrevues semi structurées. L'évaluation de la clientèle est aussi effectuée à partir de ces entrevues, de même qu'à partir des observations recueillies lors des séances de thérapie. La prestation des services est analysée à l'aide de la littérature, de l'observation directe des séances, ainsi que sur la consultation de la documentation distribuée par les intervenantes aux participants lors des séances de thérapie. L'évaluation de l'efficacité est quant à elle effectuée au moyen de différents questionnaires administrés au début et à la fin de la thérapie. À la lumière des résultats obtenus suite à l'évaluation des éléments précédemment mentionnés, nous retenons que le groupe de thérapie de niveau 1 possède une valeur de base intéressante. On remarque que ce dernier possède une équipe de travail des plus compétentes, en plus de proposer des activités thérapeutiques qui tendent à être

efficaces dans le traitement des troubles anxieux. Toutefois, nous observons que certains points se rapportant à la prestation des services mériteraient d'être améliorés, particulièrement en regard de l'approche thérapeutique « cognitivo-comportementale de groupe » privilégiée par le programme. En ce sens, le groupe évalué gagnerait possiblement à assurer un suivi plus serré des exercices d'exposition et de respiration /relaxation, de même qu'à développer un plus grand niveau de cohésion. Nous pensons que cela pourrait contribuer à augmenter davantage son efficacité thérapeutique et à réduire le nombre d'abandons.

Tables des matières

<i>Sommaire</i>	<i>ii</i>
<i>Tables des matières</i>	<i>iv</i>
<i>Liste des tableaux</i>	<i>vii</i>
INTRODUCTION	1
DESCRIPTION DU PROGRAMME.....	3
Historique du programme.....	4
Buts et objectifs du groupe de thérapie de niveau 1	5
LES RESSOURCES HUMAINES.....	7
Méthodologie utilisée.....	8
La composition de l'équipe d'intervention	8
La formation de base.....	9
La formation continue	10
Discussion et recommandations.....	11
LA CLIENTÈLE	13
Méthodologie.....	14
La population à risque.....	14
<i>Discussion et recommandations</i>	15
La population cible.....	16
<i>Discussion et recommandations</i>	16
La population participante.....	18
<i>Discussion et recommandations</i>	20

LA PRESTATION DES SERVICES	22
Méthodologie utilisée.....	23
La couverture des services.....	24
<i>La couverture proposée par le programme</i>	<i>24</i>
<i>La couverture du groupe de thérapie de niveau 1</i>	<i>24</i>
<i>Discussion et recommandations sur le nombre de participants</i>	<i>25</i>
<i>Discussion et recommandations sur le système de sélection des participants</i>	<i>27</i>
La description des services.....	31
<i>Le contenu des séances de thérapie du groupe de niveau 1</i>	<i>31</i>
<i>Discussion et recommandations sur le contenu psycho-éducatif</i>	<i>36</i>
<i>Discussion et recommandations sur les techniques de respiration / relaxation</i>	<i>38</i>
<i>Discussion et recommandations sur les exercices d'exposition</i>	<i>39</i>
<i>Discussion et recommandations sur la séquence des séances de thérapie</i>	<i>40</i>
L'approche thérapeutique.....	45
<i>Discussion et recommandations sur l'approche cognitivo-comportementale</i>	<i>45</i>
<i>Discussion et recommandations sur la thérapie de groupe</i>	<i>49</i>
<i>Discussion et recommandations sur le nombre élevé d'abandons dans le groupe.....</i>	<i>53</i>
L'EFFICACITÉ DU GROUPE THÉRAPIE DE NIVEAU 1.....	57
Méthodologie utilisée.....	58
<i>Description</i>	<i>58</i>
<i>Les questionnaires.....</i>	<i>59</i>
<i>Les tableaux</i>	<i>62</i>

<i>La théorie du changement</i>	63
Résultats obtenus	65
Discussion et recommandations.....	74
LES FORCES ET LES FAIBLESSES DU GROUPE	79
Les forces.....	80
Les faiblesses.....	82
CONCLUSION	85
<i>Références</i>	90
<i>Appendice A</i>	93
Liste des recommandations	94
<i>Appendice B</i>	100
Canevas de l'entrevue effectuée auprès des intervenants	101

Liste des tableaux

Tableau 1 : Assiduité et persévérance des participants aux dix séances de thérapie de thérapie.....	19
Tableau 2 : Autoévaluation des symptômes anxieux des participants.....	20
Tableau 3 : Nouveau contenu proposé pour le groupe de thérapie.....	44
Tableau 4 : Théorie du changement.....	64
Tableau 5 : Assiduité des participants aux activités du groupe.....	66
Tableau 6 : Scores totaux des participants au BAI.....	67
Tableau 7 : Variation de l'intensité des pensées irréalistes des participants.....	68
Tableau 8 : Scores des participants à l'Y-BOCS.....	69
Tableau 9 : Scores des participants à l'IPS.....	70
Tableau 10 : Scores des participants à l'IMA.....	71
Tableau 11: Scores des participants au QIA.....	72
Tableau 12 : Variation dans le niveau de fonctionnement des participants.....	73

Introduction

Ce travail a comme objectif d'évaluer le groupe de thérapie de niveau 1 du Programme de thérapie pour les personnes souffrant de troubles anxieux du CSSS (Centre de Santé et de Services Sociaux) de l'Énergie. Après une brève description du programme, traitant principalement de l'historique, de même que des buts et objectifs du programme, ce travail évalue différents éléments du groupe de thérapie de façon à pouvoir en dégager un jugement global. Ces différents éléments d'évaluation sont : les ressources humaines, la clientèle, la prestation des services et l'efficacité du groupe de thérapie. Ultimement, ce travail permettra ainsi de faire ressortir les forces et les faiblesses du groupe de thérapie, tout en émettant des recommandations visant à l'améliorer.

Description du programme

Historique du programme

Le programme de thérapie de groupe pour les personnes souffrant de troubles anxieux du CSSS de l'Énergie est créé en 1991-1992. Lors de sa création, le programme ne répond pas à une demande spécifique de la part de la CSSS. C'est plutôt une intervenante de l'endroit qui décide elle-même de proposer la création du programme à la direction de la CSSS parce qu'elle réalise que les troubles anxieux sont une problématique qui affecte régulièrement sa clientèle.

Au départ, le programme comporte seulement un groupe de thérapie, soit celui qui correspond actuellement au groupe de niveau 1. Il a alors comme clientèle cible les personnes qui souffrent principalement du trouble panique avec agoraphobie (TPA) ou de phobie sociale (PS). Ce choix s'explique à l'époque par le fait que ces deux types de troubles anxieux cadreraient plus facilement à l'intérieur du programme, car ils seraient plus réceptifs au travail d'exposition. Les autres types de troubles anxieux sont à ce moment exclus du programme. Progressivement, les intervenants se rendent compte que les symptômes des clients souffrant du TPA et de la PS se retrouvent aussi chez des personnes présentant d'autres diagnostics de troubles anxieux comme le trouble d'anxiété généralisé (TAG) et le trouble obsessionnel compulsif (TOC), par exemple. Ils commencent également à recevoir

des références pour des personnes aux prises avec des troubles anxieux autres que le TPA et la PS. C'est donc dans ce contexte que les personnes aux prises avec d'autres types de troubles anxieux sont intégrées dans la clientèle du programme, exception faite des personnes souffrant de l'état de stress post-traumatique.

Aujourd'hui, le programme de thérapie est composé de deux groupes. Le groupe de niveau 1 est celui qui fait l'objet de la présente évaluation. Il sera décrit dans la section suivante. Quant au groupe de niveau 2, il se veut une sorte de continuité du groupe de niveau 1. En ce sens, il offre aux participants ayant complété le groupe de niveau 1 de poursuivre leur travail d'exposition et de restructuration cognitive, en explorant plus en profondeur les schémas de base qui sont associés à leurs symptômes anxieux.

Buts et objectifs du groupe de thérapie de niveau 1

Le groupe de thérapie de niveau 1 du programme de thérapie pour les personnes souffrant de troubles anxieux du CSSS a comme but principal de diminuer les symptômes des participants, puis d'aider ces derniers à retrouver leur niveau de fonctionnement optimal.

Au terme de la thérapie, les participants devraient donc avoir acquis des connaissances de base sur les troubles anxieux. Ils auront aussi été en mesure d'identifier leurs peurs irrationnelles et de les remettre en question. Les participants

auront également abandonné leurs habitudes d'évitement. Finalement, ils se seront familiarisés avec différentes techniques de relaxation. Ces objectifs explicites sont identifiés comme tels dans la documentation même du programme.

Les ressources humaines

Le premier élément d'évaluation abordé à l'intérieur de ce travail est celui des ressources humaines nécessaires au bon fonctionnement du programme. Cet élément fait surtout référence aux intervenantes qui animent les séances de thérapie du groupe de niveau 1. L'évaluation des ressources humaines est surtout centrée ici sur leur formation professionnelle.

Méthodologie utilisée

L'évaluation des ressources humaines est réalisée à l'aide d'entrevues semi structurées effectuées auprès des intervenants. On retrouve le canevas de cette entrevue à l'*Appendice B*.

La composition de l'équipe d'intervention

Le groupe de thérapie de niveau 1 est animé par deux intervenantes attitrées. Une première intervenante est l'animatrice principale des séances de thérapie. Elle assume la majorité de l'intervention concernant les thèmes de l'exposition aux situations anxiogènes et de la restructuration cognitive. La deuxième intervenante occupe davantage un rôle de coanimation. Bien qu'elle intervienne à l'intérieur des thématiques précédemment mentionnées, elle assume surtout l'intervention concernant les techniques de relaxation et de rééducation respiratoire. Une troisième

intervenante participe à la thérapie à titre de psychiatre invitée. Cette dernière anime une seule séance portant sur les différents types de troubles anxieux et sur les traitements pharmacologiques qui s'y rattachent. Il est également possible que des stagiaires participent au groupe. Ces stagiaires tiennent généralement le rôle d'observateurs, mais il n'est pas exclu qu'ils puissent animer une partie des séances de thérapie et y émettre leurs commentaires. En fait, une seule stagiaire a assisté aux séances de thérapie lorsque le groupe a été évalué. Elle a animé un segment portant sur les peurs irrationnelles. Une autre personne a aussi participé aux séances de thérapie mais à titre d'observatrice. Cette dernière a participé à trois ou quatre séances pour se familiariser à l'animation de groupe.

La formation de base

L'intervenante principale du groupe de thérapie de niveau 1 possède une formation professionnelle d'ergothérapeute et de psychologue. Elle possède ainsi un baccalauréat en ergothérapie, de même qu'un baccalauréat et une maîtrise en psychologie. Elle possède également de l'expérience en psychothérapie de groupe, ayant suivi une formation de trois ans en psychodrame. Cette intervenante a aussi effectué de la thérapie de groupe avec une clientèle souffrant de troubles anxieux lors d'un stage de travail de six mois dans une clinique externe en psychiatrie. Elle est intervenante au sein du groupe de niveau 1 depuis quinze ans.

L'autre intervenante attitrée au groupe possède une formation technique en soins infirmiers. Cela fait sept ou huit ans qu'elle est intervenante dans le programme et elle ne fait donc pas partie du programme depuis le commencement. Elle ne possède pas de formation spécifique en thérapie de groupe et thérapie des troubles anxieux. Elle a cependant participé à des colloques et suivi divers ateliers en lien avec la problématique des troubles anxieux durant sa carrière. Cette intervenante a également déjà animé des groupes composés d'une clientèle aux prises avec des troubles psychotiques avant de se joindre au programme. Elle anime aussi actuellement des groupes avec une clientèle aux prises avec des troubles de personnalité. Sa formation en matière de troubles anxieux découle principalement de sa participation au sein du groupe de thérapie de niveau 1.

La psychiatre possède une formation en médecine, avec une spécialisation en santé mentale. Elle travaille en psychiatrie dans un autre secteur de la CSSS et fait partie du groupe de thérapie de niveau 1 à titre d'invitée depuis plusieurs années. Quant aux stagiaires qui s'insèrent dans le programme, elles étaient en train de compléter leur formation universitaire en ergothérapie (baccalauréat). L'intervenante observatrice débutait comme ergothérapeute à l'emploi de la CSSS.

La formation continue

Les intervenantes ne participent pas à de la formation continue en matière de thérapie de groupe et de thérapie des troubles anxieux de façon régulière. Le

programme de thérapie pour les personnes souffrant de troubles anxieux du CSSS ne possède présentement pas les fonds nécessaires pour permettre à ses intervenantes l'accès à de la formation continue.

Discussion et recommandations

En se basant sur les normes usuelles dans le domaine de l'intervention, nous pouvons avancer que les différentes intervenantes qui animent les séances de thérapie du groupe de niveau 1 possèdent une formation professionnelle adéquate en matière de thérapie de groupe et de thérapie des troubles anxieux. Elles possèdent plusieurs années d'expérience au sein du groupe et combinent entre elles un champ de connaissances assez vaste pour couvrir l'ensemble de leurs objectifs thérapeutiques.

Toutefois, le fait que les intervenantes n'aient pas accès à de la formation continue de façon systématique et régulière représente sans doute un point à améliorer. En ce sens, il serait souhaitable que le programme envisage d'accorder une place à l'intérieur de son budget qui serait consacrée à la formation continue.

Recommandation # 1 : Considérant que le travail d'intervenant en santé mentale nécessite une mise à jour régulière au niveau de l'avancement des connaissances en matière d'intervention, nous recommandons que les intervenantes du programme puissent bénéficier de formation continue sur les thérapies de groupe pour les

personnes souffrant de troubles anxieux. (On retrouve la liste complète des recommandations à l'*Appendice A*).

La clientèle

Le deuxième élément d'évaluation traité à l'intérieur de ce travail est celui de la clientèle du programme. Il comprend donc l'évaluation des populations à risque, cible et participante du programme.

Méthodologie

Ce segment d'évaluation est réalisé à partir des observations recueillies par l'évaluateur lors des séances de thérapie, ainsi qu'à partir d'entrevues semi structurée avec les intervenants.

La population à risque

La population à risque désigne les personnes qui ont une probabilité significative de développer ou d'avoir une condition particulière leur permettant de participer au programme. Le groupe de thérapie de niveau 1 du Programme de thérapie pour les personnes souffrant de troubles anxieux de la CSSSE ne définit pas de population à risque proprement dite. La clientèle participante du programme, telle que nous la décrirons plus loin, est donc déterminée selon un système de référence établi dans le réseau psychosocial de la région. En ce sens, pour devenir un client

potentiel du programme, la personne doit habiter sur le territoire de la CSSS, puis être référée à la section CLSC de la CSSS. La personne est ensuite évaluée par une intervenante du CLSC. Si elle présente des symptômes anxieux importants, cette dernière devient alors éligible au programme. Ceci dit, les conditions particulières permettant à une personne de participer au programme demeurent donc d'une part, d'être référée à la CSSS et, d'autre part, de présenter des symptômes anxieux importants lors de l'évaluation.

Discussion et recommandations

Le fait que le groupe de thérapie de niveau 1 ne définit pas de population à risque proprement dite soulève un questionnement. Si la définition de la population à risque sert à mieux définir ensuite la population cible du groupe, alors on peut se demander à quel point le programme connaît bien le bassin de sa clientèle et, en ce sens, à quel point le programme peut offrir des services qui vont tenir compte de la spécificité de sa clientèle. Résider sur le territoire de la CSSS, être référé par le CLSC et présenter des symptômes anxieux importants représentent des critères opérationnels précis mais qui ne permettent pas de bien pouvoir identifier l'ensemble des personnes susceptibles de développer un trouble anxieux et donc, de devenir un client potentiel du programme. Dans ce sens, cette faiblesse relative ne nuit pas au fonctionnement actuel du programme mais elle empêche peut-être d'avoir une vision globale de la situation sur le territoire.

Recommandation # 2 : Considérant que le groupe de thérapie de niveau 1 ne possède pas de définition de sa population à risque et que cela risque d'entraîner des difficultés à bien identifier sa population cible, il est recommandé que le programme procède à une meilleure définition de sa population à risque, c'est-à-dire d'identifier les caractéristiques des personnes susceptibles de développer un trouble anxieux.

La population cible

La population cible correspond aux personnes qui manifestent effectivement une condition particulière leur permettant de participer au programme. Pour le groupe de thérapie de niveau 1, la population cible doit présenter des symptômes du TPA, du TAG, de la PS ou du TOC. Bref, les symptômes anxieux doivent figurer au premier plan de la problématique de la personne. Aucune estimation du nombre de personnes à cibler n'est disponible, d'autant plus que la définition des critères actuels n'est pas très précise.

Discussion et recommandations

La définition actuelle de la population cible du groupe de thérapie de niveau 1 soulève de nombreuses interrogations. Est-ce que le fait de présenter des « symptômes anxieux importants » représente une condition assez précise pour définir, presque à elle seule, la population cible du groupe ? Il est clair que le fait de présenter des symptômes anxieux importants demeure une condition importante pour

pouvoir bénéficier du groupe. Toutefois, le terme « symptômes anxieux » apparaît comme étant un peu flou. Fait-il référence aux symptômes physiques de l'anxiété, aux symptômes plus psychologiques de l'anxiété ou encore, à tous les symptômes anxieux ? Dans le même ordre d'idées, on peut se demander s'il existe des différences significatives entre les symptômes anxieux du TPA, du TAG, de la PS et du TOC ? En ce sens, les critères d'inclusion et d'exclusion semblent être trop larges et la personne qui évalue le client référé se base alors uniquement sur le concept de « symptôme anxieux important ». D'une part, on ne semble pas faire de différences entre les symptômes physiques et psychologiques de l'anxiété. Tandis que, d'autre part, on ne semble pas tenir compte des particularités propres à chaque type de trouble anxieux. On peut également se demander quels sont les critères qui font qu'un symptôme anxieux devient « important », au point de nécessiter le traitement qui est proposé dans le programme. Bref, le concept de « symptôme anxieux important » mérite sans doute d'être approfondi davantage.

Recommandation # 3 : Considérant qu'il existe différents types de symptômes anxieux, qu'il existe différents types de troubles anxieux et que le terme « important » ne permet pas de quantifier clairement l'intensité des symptômes, il est recommandé que la population cible du groupe soit définie plus en profondeur, c'est-à-dire en identifiant des critères d'inclusion et d'exclusion plus précis.

La population participante

La population participante réfère aux personnes qui participent effectivement au programme. La population participante du groupe de thérapie de niveau 1 est censée être composée de participants présentant des symptômes anxieux importants qui semblent figurer au premier plan de leur problématique. Ce sont là, du moins, les critères qui ont guidé l'intervenante qui les a évalués au début.

La population participante du groupe qui a été observé ici est composée de dix clients au début de la thérapie, comparativement à quatre à la fin de la thérapie. Le Tableau 1 décrit la participation réelle des dix clients qui s'étaient inscrits à la thérapie de groupe. On constate donc l'abandon de six participants entre la deuxième et la sixième séance de thérapie.

Tableau 1

Assiduité et persévérance des participants aux dix séances de thérapie

Participants	Présences	Absences	Abandon
P1	4	6	4 ^e séance
P2	10	0	Pas d'abandon
P3	8	2	Pas d'abandon
P4	10	0	Pas d'abandon
P5	3	7	5 ^e séance
P6	7	3	Pas d'abandon
P7	5	5	6 ^e séance
P8	2	8	3 ^e séance
P9	4	6	6 ^e séance
P10	1	9	2 ^e séance

On observe également que, si tous les individus qui composent la population participante présentent effectivement des symptômes anxieux, tous ne semblent pas présenter des symptômes anxieux de même intensité (voir Tableau 2). À la fin de la première séance, les participants sont invités à évaluer l'intensité de leurs symptômes anxieux sur une échelle de 1 (Je suis complètement invalide) à 10 (Je fonctionne normalement). Des neuf participants ayant procédé à cette autoévaluation de leur niveau d'anxiété, deux rapportent être aux prises avec des symptômes anxieux très invalidants, tandis que le reste des participants disent présenter des symptômes anxieux moyennement invalidants. Or, ces deux participants sont parmi les six qui vont abandonner le groupe de thérapie.

Tableau 2
Autoévaluation des symptômes anxieux des participants

Participants	Autoévaluation
P1	2
P2	4
P3	6
P4	4
P5	5
P6	6
P7	6
P8	4
P9	1
P10	-

Discussion et recommandations

La plupart des participants du groupe de thérapie de niveau 1 semblent remplir le critère de base pour faire partie du groupe : ils semblent tous présenter des « symptômes anxieux importants ». Toutefois, comme on le voit au Tableau 2, les participants présentent des symptômes anxieux d'intensité très différente. Les participants qui rapportent les symptômes anxieux dont l'intensité est la plus élevée n'ont pas complété la thérapie. En ce sens, il demeure donc possible que le groupe de thérapie convienne moins aux personnes présentant un niveau d'anxiété très élevé.

Ces personnes ont-elles des besoins différents des personnes dont le niveau d'anxiété est moins invalidant ? Ont-elles davantage besoin d'attention et de support que les autres ? Voilà quelques hypothèses qui pourraient peut-être expliquer cette observation.

Recommandation # 4 : Considérant que les deux participants présentant le niveau d'anxiété le plus élevé ont tous deux abandonné le groupe de thérapie, il est recommandé de se pencher sur la sévérité des symptômes anxieux des participants et de trouver des solutions pour permettre aux participants aux prises avec un niveau d'anxiété invalidant de tirer profit du groupe de thérapie. Par exemple, ces participants bénéficieraient peut-être d'un suivi thérapeutique individuel pour favoriser leur intégration au groupe.

La prestation des services

Cet élément d'évaluation de programme concerne les services tels qu'ils sont dispensés aux participants. Il comprend d'une part, la couverture des services, c'est-à-dire le nombre de participants recrutés, de même que le processus ayant servi à leur sélection. D'autre part, cet élément porte sur la description des services offerts par le programme, soit plus précisément sur le contenu des séances de thérapie et sur l'approche thérapeutique qui y est privilégiée.

Méthodologie utilisée

La méthodologie utilisée pour rendre compte de la prestation des services repose principalement sur l'observation directe des séances de thérapie de groupe, ainsi que sur la consultation de la documentation distribuée par les intervenantes aux participants lors des séances de thérapie. Les observations effectuées sont transcrites en verbatim. Ce dernier comprend ainsi l'essentiel du déroulement de chacune des dix séances de thérapie observées.

La couverture des services

La couverture proposée par le programme

Le groupe de thérapie de niveau 1 est habituellement un groupe fermé qui peut accueillir jusqu'à huit et même douze participants. Lorsqu'une personne est référée au programme de thérapie pour troubles anxieux, elle est soumise à une évaluation de ses symptômes et de ses besoins. Cette évaluation est réalisée par une psychologue qui est intervenante dans le groupe de niveau 2 du programme. Les intervenantes du groupe de niveau 1 se joignent à cette dernière pour compléter le processus d'évaluation. Cette évaluation comporte une entrevue clinique, de même que l'administration des questionnaires suivants : *Inventaire de mobilité pour agoraphobie*, *Questionnaire sur les pensées phobiques*, *Questionnaire sur les sensations physiques*, *Inventaire de la phobie sociale*, *Questionnaire sur l'inquiétude et sur l'anxiété* et *Échelle Yale-Brown sur le trouble obsessionnel compulsif*. Les résultats obtenus suite à cette évaluation décident de la sélection ou non du participant.

La couverture du groupe de thérapie de niveau 1

Le groupe de thérapie de niveau 1 évalué à l'intérieur de ce travail est composé de dix participants. Tous les participants sélectionnés ont donc été soumis à une entrevue de sélection mais pas nécessairement dans la forme qui vient d'être décrite. Ainsi, les participants ne répondent pas systématiquement à tous les

questionnaires. Bien qu'ils répondent à la majorité des questionnaires précédemment mentionnés, certains participants sont exemptés des questionnaires qui ne concernent pas leur problématique telle qu'elle est décrite lors de l'entrevue clinique. De plus, d'autres participants ne répondent à aucun questionnaire, soit par manque de temps de la part de l'évaluatrice, soit par manque de motivation de la part du participant. En somme, l'entrevue clinique semble en bien des cas être suffisante pour évaluer la présence de symptômes anxieux chez le participant. Dans la pratique, elle semble également suffire à définir le type de trouble anxieux dont souffre le participant.

Discussion et recommandations sur le nombre de participants

En s'appuyant sur certains constats de la littérature, il se pourrait que le nombre de participants sélectionnés pour faire partie d'un groupe de thérapie de niveau 1 soit peut-être trop élevé. Le groupe de thérapie observé compte dix participants. Or, certains auteurs suggèrent qu'il est plus efficace de travailler avec un plus petit nombre de participants. En effet, des spécialistes de l'approche cognitivo-comportementale de groupe comme White et Freeman (2000) soulignent que :

Nos groupes sont généralement composés de trois à cinq membres. La taille du groupe est petite, ce qui permet de pouvoir fournir une attention individuelle suffisante. Nous croyons que si les présentations plus didactiques sont faisables dans les groupes de plus grande taille (dix à douze clients, par exemple), la restructuration cognitive et les exercices d'exposition demeurent plus efficaces lorsqu'ils sont façonnés à la mesure de chaque individu, ce qui nécessite la formation de groupe de taille plus réduite [traduction libre]. (p. 89)

Rappelons que dans le cas du groupe observé ici, le nombre de participants est passé de dix, au début de la thérapie, à quatre, à la fin de la thérapie. Bien qu'il demeure difficile d'évaluer l'impact du nombre de participants en lien avec le nombre élevé d'abandons au cours de la thérapie, il demeure néanmoins important de mentionner que le nombre de participants ayant complété la thérapie s'inscrit de facto dans l'intervalle proposé par White et Freeman. Une chose est cependant plus sûre, c'est que le travail d'exposition demande beaucoup d'attention pour être mené à terme et que les participants observés auraient assurément bénéficié d'un meilleur suivi par rapport à leur travail d'exposition. En effet, lorsqu'on se réfère au verbatim des séances de thérapie à partir de la cinquième séance, on remarque que ce ne sont pas tous les participants du groupe qui semblent faire leurs exercices d'exposition avec l'assiduité et la rigueur qui doivent habituellement les caractériser. Un nombre moins élevé de participants à l'intérieur du groupe pourrait permettre un suivi plus étroit des exercices d'exposition et ainsi possiblement en accroître leurs effets thérapeutiques.

Recommandation # 5 : Considérant que le travail d'exposition est sans doute l'activité thérapeutique la plus importante de ce groupe de thérapie et qu'une part importante des participants observés à l'intérieur du groupe ne le pratique pas avec assiduité, il est recommandé de réduire le nombre de participants à quatre ou cinq.

Discussion et recommandations sur le système de sélection des participants

Comme nous l'avons vu plus haut, l'évaluation des participants à l'aide des questionnaires standardisés semble manquer de régularité. Les questionnaires semblent être surtout utilisés pour confirmer ou pour préciser le diagnostic posé sur le postulant. Ce diagnostic est basé, soit sur l'entrevue clinique réalisée par l'intervenante du groupe, soit sur la première évaluation réalisée par le CLSC qui a référé. De plus, rappelons que le principal critère de sélection repose finalement et presque uniquement sur la présence d'importants symptômes anxieux chez les postulants. En bout de piste, le traitement thérapeutique proposé à l'intérieur du groupe demeure le même pour tous, indépendamment de la spécificité diagnostique du trouble anxieux présenté par le participant. Ceci dit, il est donc permis de se poser de questions sur la pertinence réelle d'utiliser des questionnaires visant à faire ressortir la spécificité du trouble anxieux du participant. Il serait sans doute plus approprié d'utiliser des questionnaires servant à vérifier ou confirmer plutôt la présence et l'intensité des symptômes anxieux. La problématique plus spécifique engendrée par les symptômes anxieux pourrait être précisée lors de l'entrevue clinique avec l'intervenante du groupe.

Recommandation # 6: Considérant, l'absence d'utilisation systématique des questionnaires actuels et leur peu de pertinence, il est recommandé d'utiliser des questionnaires portant davantage sur la présence et l'intensité des symptômes

anxieux (comme le *Beck Anxiety Inventory*, par exemple), que sur leur spécificité diagnostique.

Le fait que l'entrevue clinique soit effectuée par une professionnelle qui n'agit pas comme intervenante à l'intérieur du groupe de thérapie de niveau 1 représente aussi un autre point controversé. À prime abord, on peut comprendre que l'entrevue clinique puisse être effectuée par une professionnelle « extérieure » au groupe de thérapie de niveau 1 dans la mesure où cette entrevue a comme principal objectif une évaluation plus approfondie des symptômes anxieux des participants. En effet, White et Freeman (2000) suggèrent qu'il serait souhaitable que la sélection des participants au moyen d'une entrevue semi structurée ne soit pas effectuée par l'intervenant traitant, ceci dans le but de donner à l'évaluation la plus grande objectivité possible. Toutefois, on peut se demander si cette situation ne produit pas un certain impact négatif sur le développement de l'alliance thérapeutique entre les intervenants et les participants. En effet, si l'entrevue clinique remplit dans un premier temps un mandat d'évaluation, elle constitue aussi le premier contact qu'a le participant avec le groupe de thérapie de niveau 1 et donc la première chance d'entreprendre une alliance. Parmi les différents principes de la thérapie cognitive énoncés par Aaron T. Beck (1985), ce dernier insiste sur l'importance d'une bonne relation thérapeutique :

Le patient anxieux est tellement préoccupé par des pensées terrifiantes qu'il est souvent incapable de voir ses problèmes de manières différentes. Une façon efficace de réduire son anxiété est de créer une relation thérapeutique chaleureuse basée sur la confiance et l'acceptation. Sans cela, les techniques et les procédés de la thérapie cognitive ne peuvent fonctionner. Le patient doit

pouvoir parler ouvertement de ses craintes pour que le processus thérapeutique puisse opérer [traduction libre]. (p. 173)

Une bonne relation thérapeutique entre l'intervenant et le client anxieux est importante d'une part, à cause de la sensation d'apaisement qu'elle lui procure et, d'autre part, à cause de l'intensité des craintes et des appréhensions de ce dernier. Vu l'importance d'une bonne relation thérapeutique, il serait sans doute plus rassurant que le premier intervenant rencontré par le participant soit le même qui le guidera ensuite à l'intérieur du groupe de thérapie. Dans la même veine, il serait peut-être aidant pour le participant que cette première entrevue dépasse le cadre de l'évaluation. Compte tenu des fortes craintes et résistances souvent présentées par le client anxieux, l'entrevue « pré-groupe de thérapie » pourrait ainsi servir à préparer le client à la thérapie. En ce sens, certains auteurs accordent beaucoup d'importance aux entrevues qui précèdent le début d'un groupe de thérapie. DeLucia-Waack, Gerrity, Kalodner, et Riva (2004) affirment qu'un *pre-therapy training* est un moyen efficace d'optimiser les résultats d'un travail thérapeutique de groupe chez un participant. Par *pre-therapy training*, ces derniers font référence à toutes procédures conduites avant la thérapie et ayant pour but de préparer le client au travail qui l'attend dans le groupe de thérapie. Il serait donc avantageux que l'entrevue clinique puisse également servir de tremplin au travail thérapeutique de groupe du participant. Cette entrevue pourrait ainsi servir au développement d'une alliance thérapeutique solide entre l'intervenant et le participant. À cet égard, l'intervenant qui conduit l'entrevue initiale gagnerait assurément à travailler les résistances et les craintes du participant par rapport au travail thérapeutique de groupe qui va suivre. Une partie de

la première séance de thérapie de groupe aborde les résistances des participants par l'entremise d'un inventaire des « pour » et des « contre » de la participation aux séances de thérapie. Toutefois, l'importance de ce thème mérite qu'il soit abordé plus en profondeur.

Recommandation # 7 : Considérant l'importance d'établir une bonne relation thérapeutique avec les clients anxieux participant à une thérapie cognitive, il est recommandé que les entrevues cliniques « pré-thérapie de groupe » soient réalisées par le principal intervenant traitant du groupe de niveau 1.

Recommandation # 8 : Considérant les fortes craintes et appréhensions présentés par les clients anxieux, il est recommandé que l'entrevue clinique « pré-thérapie de groupe » accorde davantage d'importance au travail portant sur les craintes et les résistances du participant par rapport au travail thérapeutique de groupe.

Recommandation # 9 : Considérant l'importance d'établir une bonne relation thérapeutique avec les clients anxieux participant à une thérapie cognitive, il est recommandé que ce facteur thérapeutique primordial soit développé dès l'entrevue clinique « pré-thérapie de groupe. ».

La description des services

Le contenu des séances de thérapie du groupe de niveau 1

Le groupe de thérapie observé est composé de dix séances de thérapie de 120 minutes chacune. Chaque séance est divisée par une pause d'environ une quinzaine de minutes, ce qui fait qu'environ 105 minutes sont accordées au déroulement de la séance de thérapie proprement dite. À ces séances s'ajoute une rencontre individuelle avec chaque participant. Cette rencontre vise à définir les exercices d'exposition du participant, exercices que ce dernier aura à réaliser au cours de la thérapie.

Le groupe de thérapie de niveau 1 s'est déroulé de la manière suivante. *La première séance de thérapie* est divisée en quatre parties. Premièrement, les intervenantes se présentent, donnent de l'information sur le plan des séances et sur leur fonctionnement. Elles demandent ensuite aux participants de se présenter et de partager comment ils en sont venus à participer au groupe. À l'intérieur de cette première partie, elles font également avec les participants l'inventaire des « pour » et des « contre » de participer aux séances de thérapie, puis elles valident le fait que cela peut être difficile pour certains d'entreprendre ce processus thérapeutique. Deuxièmement, les intervenantes demandent aux participants de définir ce que représente pour eux l'anxiété. Elles présentent ensuite une définition de l'anxiété. Troisièmement, les intervenantes présentent aux participants un modèle de respiration efficace. Elles leurs expliquent la technique pour ce faire et en donnent un exemple aux participants. Elles invitent les participants à pratiquer cette technique.

Finalement, les intervenantes demandent aux participants comment ils repartent de la séance. Elles leur demandent aussi d'évaluer leur anxiété sur une échelle de un (Je suis complètement invalide) à dix (Je fonctionne normalement), puis de commenter leur évaluation.

La deuxième séance de thérapie est divisée en trois parties. Premièrement, les intervenantes font un retour sur les exercices de respiration de la semaine précédente. Elles demandent ainsi aux participants s'ils ont fait les exercices et aussi comment s'est passée leur dernière semaine. Dans un deuxième temps, elles présentent un document portant sur le diagnostic différentiel des troubles anxieux. Elles donnent également des renseignements sur les rencontres à venir. La troisième partie de la séance est consacrée à la présentation d'une psychiatre sur le diagnostic différentiel des troubles anxieux. Lors de sa présentation, cette dernière effectue un questionnement oral sur les troubles anxieux auprès des participants. Elle présente aussi les différents diagnostics de troubles anxieux et répond aux questions des participants. Il devait aussi y avoir une présentation sur un deuxième exercice de respiration lors de cette séance, mais il n'y avait plus assez de temps pour le permettre.

La troisième séance de thérapie est divisée en trois parties. Tout d'abord, les intervenantes invitent les participants à faire un retour sur leur dernière semaine et à partager leurs commentaires sur la séance de la semaine dernière. Deuxièmement, elles présentent une liste de craintes irrationnelles associées à l'anxiété et demandent aux

participants lesquelles les concernent le plus. Elles donnent ensuite des explications pour démontrer le caractère irréaliste de ces craintes. Puis, ces dernières présentent un document portant sur les craintes engendrées par la panique. Le document contient également une section sur la technique de l'exposition à la situation anxiogène. Finalement, les intervenantes présentent des exercices de relaxation et invitent les participants à les essayer.

La quatrième séance de thérapie se déroule en deux temps. Dans un premier temps, les intervenantes rencontrent individuellement chaque participant pour définir avec eux leurs exercices d'exposition à une situation anxiogène. Puis, dans un deuxième temps, les intervenantes rencontrent les participants en compagnie de leurs proches. Lors de cette rencontre, elles présentent deux documents aux proches des participants. Le premier s'intitule *Comment aider votre partenaire agoraphobe ?* Le deuxième porte sur différents éléments propres aux troubles anxieux (définition, diagnostic différentiel, facteurs prédisposant, traitement).

La cinquième séance de thérapie comprend trois parties. En premier lieu, les intervenantes invitent les participants à partager leurs exercices d'exposition et leur expérience en lien avec ces exercices. Deuxièmement, elles présentent aux participants un document donnant des conseils (alimentation, sommeil, exercice physique, etc.) pour réduire la vulnérabilité à l'anxiété. Elles donnent également aux participants des façons de ne pas entretenir l'anxiété. Finalement, les intervenantes présentent aux participants différentes techniques de relaxation : par imagerie, par

technique active (Jacobson) et par technique passive (Shultz). Elles invitent ensuite les participants à expérimenter une technique de relaxation active à l'aide d'une cassette audio. Une fois l'exercice terminé, elles demandent aux participants de partager leur expérience. À la fin de la séance, elles distribuent des feuilles pour commenter les séances d'exposition et encouragent les participants à continuer les exercices d'exposition.

La sixième séance de thérapie est divisée en trois parties. Premièrement, les intervenantes invitent les participants à faire un retour sur leurs exercices d'exposition et sur la séance de relaxation de la dernière rencontre. En deuxième lieu, elles présentent aux participants un document expliquant comment résoudre ses problèmes selon le type d'anxiété (modèle de Beck : situation-pensée-émotion). Elles demandent ensuite aux participants d'identifier des problèmes, puis de leur trouver des solutions. Finalement, les intervenantes donnent un devoir aux participants. Ce devoir consiste à compléter une feuille de résolution de problèmes pour la prochaine rencontre.

La septième séance de thérapie est composée de deux parties. Tout d'abord, les intervenantes invitent les participants à faire un retour sur leur dernière semaine et sur leurs exercices d'exposition. Dans la deuxième partie, une psychiatre fait une présentation sur la médication se rapportant aux troubles anxieux. Elle répond aux questions des participants. Elle explique le mécanisme d'action d'un médicament.

Puis, elle présente les principaux anxiolytiques et les principaux antidépresseurs utilisés dans le traitement des troubles anxieux.

La huitième séance de thérapie comprend quatre parties. Dans un premier temps, les intervenantes invitent les participants à faire un retour sur leur dernière semaine et sur leurs exercices d'exposition. Deuxièmement, elles donnent aux participants des explications sur les pensées irréalistes. Puis, troisièmement, elles remettent aux participants de la documentation sur les schémas de base. Finalement, ces dernières présentent une technique de relaxation. Elles donnent des explications sur les techniques de relaxation passive, puis sur la relaxation avec imagerie. Elles invitent les participants à une séance de relaxation. À la fin de la séance, elles encouragent ces derniers à poursuivre leurs exercices d'exposition.

La neuvième séance de thérapie est divisée en deux parties. Tout d'abord, elles annoncent aux participants que la dernière séance a lieu la semaine prochaine. Elles leur demandent de préparer leur bilan personnel pour l'occasion. Elles invitent ensuite les participants à partager leur dernière semaine et leurs exercices d'exposition ou de relaxation. Puis, dans un deuxième temps, elles invitent les participants à un exercice d'exposition aux stimuli intéroceptifs (simulation des symptômes d'attaque de panique dans le but de dédramatiser cela, de voir que c'est quelque chose de passager, une réponse d'un corps qui est sain). Par la suite, une intervenante partage une expérience personnelle d'attaque de panique aux participants.

La dixième séance de thérapie du groupe de niveau 1 comporte deux parties. Dans la première, les intervenantes invitent les participants à faire un retour sur leur semaine, sur les exercices d'exposition et de simulation de symptômes d'attaque de panique. Dans la deuxième partie, elles invitent les participants à établir leur niveau d'anxiété actuel sur une échelle allant de un (Je suis complètement invalide) à dix (Je fonctionne normalement) et à le comparer avec celui qu'ils avaient établi lors de la première séance. Elles leur demandent ensuite d'identifier s'il y a un changement ou pas, puis d'expliquer pourquoi il y a eu ou pas de changement. Elles invitent aussi les participants à identifier ce qu'il resterait à travailler par rapport à leur problématique et à évaluer leurs besoins futurs en regard de cette dernière.

Discussion et recommandations sur le contenu psycho-éducatif

Deux points retiennent notre attention lorsqu'on se penche sur le contenu psycho-éducatif des séances du groupe de thérapie de niveau 1. Le contenu psycho-éducatif correspond au contenu réservé à la présentation d'information sur les troubles anxieux. D'une part, le contenu psycho-éducatif semble occuper une trop grande place par rapport à l'ensemble du contenu des séances. Le contenu psycho-éducatif compte pour environ le quart de l'ensemble du contenu des séances de thérapie. Ainsi, lorsqu'on compare la part du contenu psycho-éducatif du groupe à celui privilégié à l'intérieur d'autres types de thérapie de groupe pour le traitement des troubles anxieux, on peut se demander si cette part n'est pas un peu trop grande.

En se référant au groupe de thérapie pour les personnes souffrant de trouble panique avec agoraphobie présenté par White et Freeman (2000), on observe que ces derniers accordent beaucoup moins de temps au contenu psycho-éducatif. En effet, sur 16 séances de thérapie, 2 sont consacrées au contenu psycho-éducatif.

D'autre part, on remarque que le contenu psycho-éducatif du groupe de thérapie de niveau 1 demeure principalement composé d'informations et d'explications sur une définition de l'anxiété, les différents types de troubles anxieux et les pensées irréalistes associés aux troubles anxieux. Or, ce contenu a tendance à se répéter d'une séance à l'autre. Par exemple, on relève que lors de la deuxième séance de nombreux éléments de la présentation du psychiatre sur le diagnostic différentiel des troubles anxieux se trouvent à recouper des éléments d'information précédemment présentés par les intervenants du groupe. Dans le même ordre d'idées, on remarque que plusieurs éléments de contenu de la quatrième séance, soit celle impliquant les proches des participants, ont eux aussi été déjà présentés aux participants dans les rencontres précédentes. Il semble donc y avoir plusieurs redondances reliées au contenu psycho-éducatif à travers les séances.

Recommandation # 10 : Considérant que le contenu psycho-éducatif occupe beaucoup de place dans l'ensemble du contenu des séances de thérapie et que ce type de contenu a tendance à se répéter à travers les séances, il est recommandé que le contenu psycho-éducatif prenne moins de place dans l'ensemble du contenu des séances de thérapie.

Discussion et recommandations sur les techniques de respiration / relaxation

Le contenu sur les techniques de respiration est présenté dès la première séance de thérapie. Les participants sont alors invités à observer les démonstrations de l'intervenante et sont encouragés à utiliser à la maison les techniques enseignées. Ainsi, lorsque les participants sont questionnés sur la mise en pratique des techniques de respiration au début de la deuxième séance, on observe que la plupart d'entre eux n'ont pas effectué l'exercice ou ont rencontré des difficultés lorsqu'ils ont fait l'exercice, généralement parce qu'ils ne savaient pas comment bien le faire. On remarque aussi que lors de la deuxième séance, les intervenantes ont manqué de temps pour présenter de nouvelles techniques de respiration.

Recommandation # 11 : Considérant que l'apprentissage de techniques de respiration demeure un élément important du traitement thérapeutique des troubles anxieux, il est recommandé que davantage de temps lui soit consacré à l'intérieur des séances de thérapie.

Recommandation # 12 : Considérant que la plupart des participants semblent avoir rencontré des difficultés à reproduire les techniques de respiration présentées, il est recommandé que les intervenants prennent le temps de faire pratiquer les techniques aux participants lors des séances de thérapie, de façon à s'assurer que les techniques soient bien maîtrisées et intégrées par les participants.

Quant au matériel audio employé à l'intérieur de l'exercice de relaxation proposé lors de la cinquième séance, l'écoute de la cassette utilisée démontre que l'enregistrement de cette dernière est de mauvaise qualité sonore. Il serait donc important de la remplacer par une copie de meilleure qualité.

Recommandation # 13 : Considérant que l'apprentissage de techniques de relaxation est un élément important du groupe de thérapie de niveau 1 et que le matériel audio utilisé pour les exercices de relaxation lors des séances est de mauvaise qualité, il est recommandé de remplacer le matériel audio désuet par un matériel audio de meilleure qualité.

Discussion et recommandations sur les exercices d'exposition

En ce qui concerne le contenu réservé aux exercices d'exposition, on observe que peu de temps demeure consacré à des exercices d'exposition in vivo. En effet, la majorité du contenu réservé aux exercices d'exposition est axé sur le rapport hebdomadaire des participants sur les exercices qu'ils doivent effectuer à l'extérieur des séances de thérapie. La seule exception reste la neuvième séance de thérapie dans laquelle les participants sont invités à effectuer un exercice d'exposition aux stimuli intéroceptifs. Or, bien que le partage d'information et l'enseignement de techniques de respiration et de relaxation jouent des rôles importants dans la thérapie cognitivo-comportementale des troubles anxieux, les exercices d'exposition en demeurent néanmoins le traitement thérapeutique central. En ce sens, des auteurs comme Beck

(1985) ou White et Freeman (2000) accordent beaucoup de place au contenu sur les exercices d'exposition dans l'ensemble de leur traitement thérapeutique tant à l'extérieur qu'à l'intérieur des séances de thérapie. Dans le groupe qui est évalué ici, on demande souvent aux participants d'effectuer les exercices d'exposition mais surtout à l'extérieur des séances de thérapie. Or, ces exercices peuvent alors être perçus comme menaçants ou irréalisables pour certains participants. C'est pourquoi les auteurs cités accordent une place importante aux exercices d'exposition réalisés dans le contenu de leurs séances de thérapie.

Recommandation # 14 : Considérant que les exercices d'exposition représentent une partie importante du traitement thérapeutique des troubles anxieux et que ces exercices peuvent être rendus plus efficaces s'ils sont pratiqués tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des séances de thérapie, il est recommandé qu'une plus grande part de contenu soit réservé à la pratique d'exercices d'exposition in vivo à l'intérieur des séances de thérapie.

Discussion et recommandations sur la séquence des séances de thérapie

Toujours en regard du contenu des séances de thérapie du groupe de niveau 1, il apparaît pertinent de se pencher sur la séquence des séances de thérapie ou, en d'autres termes, sur l'ordre d'apparition des différents types de contenu. À cet effet, on peut se demander si la séance avec les proches des participants est bien positionnée à la quatrième séance. Cette séance peut avoir plusieurs effets sur le

cheminement thérapeutique des participants, dans la mesure où elle implique les proches de ces derniers. La thérapie cognitivo-comportementale des troubles anxieux est très exigeante pour les participants. Elle nécessite donc beaucoup de support et les proches peuvent apporter beaucoup dans ce domaine. D'un autre côté, cette séance comporte un volet psycho-éducatif important. Elle sert ainsi à donner beaucoup d'information sur les troubles anxieux. Or, le contenu psycho-éducatif est généralement présenté lors des premières séances des thérapies cognitivo-comportementales. De plus, comme il a été mentionné, le contenu psycho-éducatif de cette séance tend à recouper une bonne partie du contenu présenté dans les séances précédentes. Ceci dit, il serait sans doute intéressant que la séance avec les proches des participants ait lieu au début de la thérapie, voire même à la première séance. Cela permettrait possiblement de créer un climat du support et d'entraide qui aiderait à cimenter l'engagement thérapeutique des participants, tout en permettant d'éliminer certaines redondances dans le contenu psycho-éducatif.

Recommandation # 15 : Considérant que la séance avec les proches des participants peut avoir un effet bénéfique sur ces derniers et que cette séance contient un contenu psycho-éducatif assez complet sur la problématique des troubles anxieux, il est recommandé que cette séance soit la première des séances de thérapie de groupe.

Parmi les autres séances de thérapie dont l'apparition gagnerait assurément à survenir plus tôt dans la séquence des séances de thérapie, on retrouve celles auxquelles participe la psychiatre invitée. La psychiatre participe à deux moitiés de

séances de thérapie, soit une lors de la deuxième séance et une autre lors de la septième séance. D'une part, la psychiatre assume une part importante du contenu psycho-éducatif, tant par ses connaissances que par son statut de spécialiste en santé mentale. D'autre part, la psychiatre peut jouer un rôle important dans le traitement des troubles anxieux des participants dans la mesure où elle peut éclairer et sensibiliser ces derniers aux différents traitements pharmacologiques. Or, certaines sources, comme Knapp et Van de Creek (1989), de même que Rangaraj et Pélissolo (2003), affirment qu'un traitement efficace des troubles anxieux passe par une approche thérapeutique combinant des éléments éducatifs, cognitivo-comportementaux et pharmacologiques. En ce sens, les séances de thérapie réservées à la psychiatre gagneraient à être condensées en une seule séance de thérapie qui serait présentée lors de la deuxième rencontre de la séance. Cela permettrait de boucler le contenu psycho-éducatif et de discuter de l'aspect pharmacologique plus tôt dans le traitement thérapeutique.

Recommandation # 16 : Considérant que les séances de thérapie avec la psychiatre invitée assument une part importante du contenu psycho-éducatif et compte tenu de l'importance de l'aspect psychopharmacologique dans le traitement des troubles anxieux, il est recommandé que ces séances soient combinées en une seule séance qui pourrait survenir immédiatement après la séance avec les proches des participants.

Comme il a déjà été mentionné précédemment, le groupe de thérapie de niveau 1 est composé de dix séances de thérapie de 120 minutes chacune. On peut se demander si la durée du groupe de thérapie est assez longue pour lui permettre d'atteindre ses objectifs. Si on compare le groupe de thérapie de niveau 1 pour personnes souffrant de troubles anxieux, au groupe de thérapie pour personnes souffrant de trouble panique avec agoraphobie présenté par White et Freeman (2000), il se pourrait bien que, effectivement, le programme évalué ici ne soit pas suffisamment long. Le groupe de White et Freeman s'étale sur seize séances hebdomadaires de 90 à 120 minutes, ce qui lui permet de couvrir principalement les éléments suivants : l'éducation, la rééducation respiratoire, l'exposition et la restructuration cognitive. Or, ces éléments font tous partie des moyens thérapeutiques que se donne le groupe de thérapie de niveau 1 pour traiter les troubles anxieux. En ce sens, le groupe pourrait sans doute bénéficier de quelques séances supplémentaires, ce qui donnerait plus de temps notamment pour les exercices d'exposition in vivo à l'intérieur des séances de thérapie. En effet, c'est surtout au niveau du temps accordé à ce type de contenu que le groupe de White et Freeman diffère du groupe évalué. Le temps réservé aux exercices d'exposition et au travail de restructuration cognitive qui s'y rattache pourrait donc être doublé, ce qui donnerait au groupe une durée d'une quinzaine de séances d'environ 120 minutes. Le groupe pourrait alors prendre la forme proposée au Tableau 3.

Tableau 3

Nouveau contenu proposé pour le groupe de thérapie

Séances	Contenu
1	Rencontre avec les proches (psychoéducation)
2	Rencontre avec la psychiatre (psychoéducation)
3	Psychoéducation et techniques de respiration
4	Techniques de respiration et de relaxation
5	Exercices d'exposition
6	Exercices d'exposition
7	Exercices d'exposition
8	Exercices d'exposition
9	Exercices d'exposition
10	Exercices d'exposition et restructuration cognitive
11	Exercices d'exposition et restructuration cognitive
12	Exercices d'exposition et restructuration cognitive
13	Exercices d'exposition et restructuration cognitive
14	Exercices d'exposition et restructuration cognitive
15	Bilan

Recommandation # 17 : Considérant que les exercices d'exposition jouent un rôle prépondérant dans le traitement des troubles anxieux et que, conséquemment, ces exercices méritent de recevoir plus de temps à l'intérieur du contenu des séances d'un groupe de thérapie pour personnes souffrant de troubles anxieux, il est recommandé que la durée du groupe de thérapie de niveau 1 soit augmentée de cinq séances.

L'approche thérapeutique

L'approche thérapeutique privilégiée à l'intérieur du groupe de thérapie de niveau 1 est explicitement de type cognitivo-comportementale. En ce sens, le changement thérapeutique est censé être engendré d'une part, par l'acquisition de connaissances sur l'anxiété et par l'apprentissage de techniques de respiration et de relaxation et, d'autre part, par une désensibilisation par rapport aux situations anxiogènes réalisée au moyen d'exercices d'exposition et de restructuration cognitive. L'approche thérapeutique privilégiée comprend également la thérapie de groupe. Le groupe contribue alors au changement thérapeutique par son rôle de modeling auprès des participants. En ce sens, on peut donc dire que, globalement, l'approche thérapeutique privilégiée est celle d'une thérapie « cognitivo-comportementale de groupe ».

Discussion et recommandations sur l'approche cognitivo-comportementale

L'approche thérapeutique privilégiée à l'intérieur du groupe de thérapie de niveau 1 est depuis longtemps utilisée dans le traitement des troubles anxieux. Comme le soulignent White et Freeman (2000), Knapp et Van De Creek (1989), ainsi que Girault et Pélissolo (2003), l'approche cognitivo-comportementale donne des résultats intéressants, ce qui ne laisse aucun doute sur la pertinence de son utilisation. Toutefois, la thérapie cognitivo-comportementale de groupe doit respecter certaines conditions pour offrir un maximum d'efficacité.

Dans le traitement des troubles anxieux, l'approche cognitivo-comportementale accorde beaucoup d'importance aux exercices d'exposition. Ces exercices peuvent avoir lieu à l'intérieur des séances de thérapie mais ultimement, ils doivent aussi avoir lieu à l'extérieur des séances de thérapie. Pour que la thérapie cognitivo-comportementale entraîne de bons résultats, les exercices d'exposition doivent être réalisés par les participants, ce qui implique donc un suivi très serré de la part des thérapeutes par rapport à la réalisation de ces exercices. Beck (1985) identifie d'emblée la réalisation des exercices ou des devoirs, comme étant un des principes fondamentaux de la thérapie cognitivo-comportementale :

La thérapie cognitive est conçue pour montrer aux patients comment appliquer les procédés appris en thérapie aux situations qu'ils rencontrent dans leur quotidien, à l'extérieur des séances de thérapie. La façon la plus élémentaire de s'assurer que les patients puissent le faire demeure que le thérapeute puisse porter attention aux devoirs des patients. Les devoirs attribués aux patients renforcent et ajoutent à l'aspect éducationnel de la thérapie cognitive [traduction libre]. (p. 187).

En ce sens, on remarque que le suivi accordé à la réalisation des exercices d'exposition manque peut-être un peu de rigueur. Dans le groupe de thérapie de niveau 1, les participants sont certes encouragés à compléter leurs exercices d'exposition à chaque semaine. À cet effet, les intervenantes leur remettent des feuilles sur lesquelles ils sont invités à noter leur niveau d'anxiété au début et la fin de l'exercice, de même que les craintes irréalistes qui y sont rattachées. Au début de chaque séance, les participants sont effectivement invités à rendre compte de leurs exercices d'exposition. Pourtant, on observe alors que la plupart des participants ne font pas leurs exercices d'exposition selon la méthode proposée. On observe

conséquemment que la supervision et l'encadrement nécessaires à la réalisation de ces exercices ne sont sans doute pas assurés avec assez de contrôle par les intervenantes du groupe.

Recommandation # 18 : Considérant que les exercices d'exposition comptent pour une part importante du traitement thérapeutique en thérapie cognitivo-comportementale et qu'ils nécessitent une attention particulière de la part des intervenants, il est recommandé que ces exercices bénéficient d'un suivi plus serré de la part des intervenants.

Le fait que les exercices d'exposition ne semblent pas être effectués avec rigueur par les participants peut également s'expliquer autrement que par un manque de supervision et d'encadrement. En effet, cette observation amène à discuter d'une autre condition importante en thérapie cognitivo-comportementale, soit l'adhésion du client à participer à ce type de traitement. Comme il est mentionné précédemment, l'approche cognitivo-comportementale des troubles anxieux peut être perçue comme exigeante, voire même menaçante par le client. Comme l'affirment Di Tomasso et Gosch (2002) :

Un des problèmes les plus communs en TCB (Thérapie Cognitivo Behaviorale) est l'adhésion du client envers les tâches inhérentes au traitement. Parce que la TCB est une forme tellement active de thérapie, requérant des sessions de travail tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des séances de thérapie, l'adhésion du client demeure un problème important qui doit être abordé immédiatement. Il peut survenir pour plusieurs raisons, comme la peur, un manque de confiance envers la thérapie ou envers le thérapeute, un manque de temps ou un manque de support des autres. Si un client a de la difficulté à compléter les tâches

prescrites par la thérapie, une discussion sur les raisons de ces difficultés doit devenir prioritaire en thérapie pour que les tâches puissent être complétées par le client [traduction libre]. (p. 69)

En ce sens, l'approche cognitivo-comportementale nécessite probablement qu'une grande attention soit portée à l'engagement thérapeutique du client ce, peut-être encore plus particulièrement par rapport aux exercices d'exposition. Cette résistance à adhérer à ce type d'approche thérapeutique est observée ici lors de la troisième séance du groupe de thérapie de niveau 1. Lors de cette séance, on remarque qu'un participant (P1) exprime ouvertement ses craintes par rapport aux exercices d'exposition. Or, les craintes du participant ne sont pas reconnues et encore moins explorées par les intervenantes. Le participant abandonnera finalement le groupe après la quatrième séance, soit la dernière séance avant le début des exercices d'exposition. Il est sans doute trop simpliste d'expliquer l'abandon de ce participant par le seul fait qu'on n'ait pas porté assez d'attention à ses résistances au traitement. Néanmoins, il est permis de penser que ce dernier n'arrivait pas à avoir pleinement confiance au traitement qui lui était proposé, notamment vis-à-vis des exercices d'exposition. Ceci dit, il demeure important que les intervenants qui privilégient une approche thérapeutique cognitivo-comportementale accordent une attention particulière au développement de leur alliance thérapeutique. Comme le disent à nouveau Di Tommaso et Gosch (2002):

Un des principaux attributs que doit posséder le thérapeute cognitivo-comportemental est la capacité à gagner la confiance du client. Bien que la confiance soit importante à l'intérieur de la plupart des relations thérapeutiques, il y a certains aspects de la TCB à l'intérieur desquels un manque de confiance envers le thérapeute va avoir un effet inhibiteur sur la thérapie. Cela s'explique

plus particulièrement dans le fait que plusieurs méthodes utilisées en TCB amène le client à faire directement face aux sources de sa détresse [traduction libre]. (p. 49)

Il demeure également primordial que ces derniers soient en mesure de trouver des moyens de prévenir les résistances des participants par rapport aux exercices d'exposition. À cet égard, la proposition de Beck (1985) est très claire : « Le thérapeute doit reconnaître les difficultés que le patient peut avoir à compléter ses devoirs. Il doit peut-être même avoir à nommer les difficultés qu'il anticipe chez ses patients [traduction libre]. (p. 267) » Ce dernier indique aussi que la pratique des exercices d'exposition à l'intérieur des séances de thérapie, par l'entremise du jeu de rôles par exemple, peut aider les clients à mettre à jour certaines craintes et à trouver des moyens d'y répondre, ce qui contribue à les mettre plus en confiance par rapport à leurs exercices d'exposition.

Recommandation # 19 : Considérant que l'adhésion des clients aux exercices d'exposition est souvent diminuée par les résistances de ces derniers, il est recommandé que les intervenants prennent les moyens nécessaires pour s'assurer de leur adhésion au traitement soit en développant une alliance thérapeutique solide et en travaillant sur les résistances des clients.

Discussion et recommandations sur la thérapie de groupe

Une autre condition essentielle à une certaine efficacité de l'approche thérapeutique privilégiée dans ce programme concerne l'aspect concomitant de la

thérapie de groupe comme telle. Comme pour la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie de groupe reste une approche dont l'efficacité thérapeutique repose sur certaines conditions de base. Or, dans le programme évalué ici, on peut se demander jusqu'à quel point certaines de ces conditions sont respectées, notamment lorsqu'on observe un taux d'abandon aussi élevé à l'intérieur du groupe.

Une condition essentielle en thérapie de groupe concerne la relation thérapeutique. En thérapie individuelle, cette relation s'établit de façon dyadique entre le thérapeute et le client. En thérapie de groupe, cette relation s'établit non seulement entre le thérapeute et chacun des différents membres du groupe, mais aussi entre les différents membres eux-mêmes. À l'intérieur de son ouvrage intitulé *The theory and practice of group psychotherapy*, Yalom (1995) appelle cohésion du groupe cette relation thérapeutique qui s'installe entre les différents membres d'un groupe de thérapie :

La cohésion peut être définie comme étant la résultante de toutes les forces qui agissent sur tous les membres pour rester à l'intérieur du groupe ou, plus simplement, comme étant l'attraction d'un groupe pour ses membres. Elle se rapporte à différentes conditions comme au fait que les membres ressentent de la chaleur et du confort dans le groupe, ressentent un sentiment d'appartenance, valorisent le groupe et ressentent, en retour, qu'ils sont valorisés, acceptés et supportés par les membres du groupe [traduction libre]. (p. 42)

Pour cet auteur, plus le niveau de cohésion est élevé à l'intérieur d'un groupe, plus ce groupe risque d'avoir un effet thérapeutique élevé pour les membres qui le composent. En ce sens, la cohésion du groupe demeure un facteur thérapeutique très

important qui peut avoir des répercussions sur plusieurs autres facteurs thérapeutiques propres à la thérapie de groupe. Une façon de donner au groupe un degré plus élevé de cohésion réside dans sa composition. Toujours selon Yalom (1995), plus un groupe est de composition homogène, plus il risque de présenter rapidement un haut degré de cohésion. En somme, plus il existe de similarités entre les membres d'un groupe, plus ces derniers risquent de développer rapidement un fort sentiment d'appartenance au groupe. Ainsi, une composition de groupe homogène demeure fort efficace pour créer une bonne cohésion dans les groupes de thérapie brève, dans la mesure où, justement, on possède moins de temps pour développer une bonne relation thérapeutique. Dans le groupe de thérapie de niveau 1, l'homogénéité de groupe repose principalement sur la présence d'importants symptômes anxieux. Il est donc possible que ce seul critère assez large n'arrive pas à créer un niveau de cohésion assez élevé à l'intérieur du groupe. Pour avoir une plus grande homogénéité, les participants pourraient donc être rassemblés selon les caractéristiques particulières de leurs symptômes, ou encore, selon la spécificité diagnostique de leur trouble anxieux.

Une autre façon qui peut aider au développement d'un niveau élevé de cohésion dans un groupe reste de laisser suffisamment de place pour les échanges entre les participants. Pour que les participants puissent développer un sentiment d'appartenance, ils doivent pouvoir s'identifier à travers leurs expériences communes, se rendre compte qu'il existe un certain degré d'universalité dans ce qu'ils vivent et ressentent. Or, pour ce faire, les participants doivent avoir un

minimum de temps disponible pour pouvoir échanger entre eux, pour trouver écho les uns envers les autres. Le thérapeute a un rôle important à jouer dans le développement de cette cohésion du groupe, dans la mesure où il peut favoriser cette résonance en demandant aux participants de réagir par rapport aux commentaires des autres participants, bref en invitant ces derniers à voir comment ils peuvent se relier à travers leurs propres expériences. À cet effet, le groupe de thérapie de niveau 1 bénéficierait sûrement de favoriser davantage les échanges entre les participants, à tout le moins lors des premières séances de thérapie. Comme ces séances sont réservées au contenu psycho-éducatif sur l'anxiété, elles se prêtent sans doute mieux à de tels échanges que celles davantage axées sur l'apprentissage de techniques et la réalisation d'exercices. À tout le moins, c'est ce que suggèrent White et Freeman (2000) :

Comme il est mentionné, la composante éducationnelle prend généralement deux séances de traitement. Ces séances sont composées de présentations didactiques des thérapeutes. Elles impliquent également que les thérapeutes encouragent les participants à fournir de l'information provenant de leur propre expérience. Ainsi, les membres du groupe sont invités à fournir des exemples personnels pour chaque point de discussion. Le groupe permet des comparaisons entre les membres du groupe en regard de leurs pensées, de leurs sensations et de leurs comportements. Bien souvent, la prise de conscience de similarités procure un sentiment rassurant aux membres, tout en réduisant leur peur d'être différent. Parfois, le groupe est le premier endroit où les clients apprennent qu'il existe des personnes qui ont sensiblement le même vécu qu'eux. En ce sens, le partage d'information dans les premières séances du groupe aide à bâtir la cohésion du groupe [traduction libre]. (p. 75)

Discussion et recommandations sur le nombre élevé d'abandons dans le groupe

Le fait de discuter du niveau de cohésion du groupe de thérapie amène donc à discuter plus en profondeur du taux élevé d'abandon dans le groupe. Pour Yalom (1995), il existe un lien entre le niveau de cohésion d'un groupe de thérapie et le niveau d'assiduité de ses membres aux séances de thérapie. Comme l'indique cet auteur: « Plus grande est l'attraction du patient envers le groupe de thérapie, plus le patient tend à continuer de participer au groupe de thérapie [traduction libre]. (p. 62) » Ces propos s'inspirent d'une étude sur les groupes de rencontre réalisée par Lieberman, Yalom et Miles (1973), étude dont les résultats ont révélé un degré de corrélation élevé entre un faible niveau de cohésion de groupe et un éventuel abandon du groupe. Plus encore, Yalom (1995) affirme que les groupes de thérapie brève sont plus à risque d'être affectés par un faible niveau de cohésion de groupe : « Les groupes de thérapie brève paient un prix particulièrement élevé lorsqu'ils ont un faible niveau de participation. Les thérapeutes doivent mettre des efforts (bonne préparation avant-groupe, grande homogénéité du groupe, interventions très structurées) pour augmenter la cohésion du groupe tôt dans le début de la vie du groupe [traduction libre]. (p. 63) » Ceci dit, il est possible que le groupe de thérapie de niveau 1 présenterait un taux d'abandon moins élevé si une plus grande attention était accordée au développement d'une forte cohésion de groupe. Les moyens suggérés par Yalom peuvent assurément aider à augmenter le niveau de cohésion du groupe et ainsi, prévenir les abandons.

Recommandation # 20 : Considérant que la cohésion d'un groupe de thérapie représente un facteur thérapeutique important, en plus d'engendrer un haut niveau d'assiduité aux séances de thérapie, il est recommandé de prendre les moyens nécessaires pour que le groupe de thérapie possède une bonne cohésion, soit en ayant un groupe plus homogène, soit en développant un plus grand sentiment d'appartenance entre les membres du groupe.

Toutefois, à la suite des observations qui ont été faites lors des séances de thérapie du groupe de niveau 1, il nous faut discuter aussi du niveau d'engagement des intervenants eux-mêmes. Dans tout groupe de thérapie, et encore plus particulièrement à l'intérieur des groupes de thérapie d'orientation cognitivo-comportementale, les intervenants assument un important rôle de leadership auprès des participants. Comme le disent Schaffer et Galinsky (1989) :

Contrairement aux groupes d'approche psychodynamique, caractérisés par un niveau d'interaction élevé entre les membres, la moins grande fréquence des interventions effectuées par le leader ainsi que la tolérance de longues périodes de silence, le leader de l'approche cognitivo-béaviorale est typiquement plus enclin à diriger le groupe à travers un horaire prédéterminé d'activités axées sur l'atteinte d'objectifs spécifiques. Le leader est actif et directif. Les membres du groupe s'attendent à ce qu'il assume toutes les responsabilités relatives aux procédures thérapeutiques [traduction libre]. (p. 156)

En ce sens, on comprend que la présence de l'intervenant à l'intérieur du processus thérapeutique est ici très importante pour les participants. Ces derniers s'attendent à ce que ce dernier les guide et les accompagne tout au long de la thérapie. De plus, le caractère structuré qui se dégage de son rôle actif et de son style

d'intervention directif dans les séances de thérapie sert en quelque sorte de modèle aux participants. Il montre à ces derniers les attitudes qui vont leur permettre d'atteindre leurs objectifs et d'améliorer leur condition. Or, dans le groupe de thérapie de niveau 1, on observe un nombre trop élevé d'absences de la part de l'intervenante principale. En effet, on remarque par exemple que lors de la deuxième séance, l'intervenante principale s'absente du groupe pendant environ une quinzaine de minutes à la suite d'un coup de téléphone. Lors de la cinquième séance, cette même intervenante n'assiste pas à la deuxième moitié de la séance portant sur les façons de ne pas entretenir l'anxiété, de même que sur des techniques de relaxation. Lors de la huitième séance, elle est également absente pendant la présentation de la psychiatre invitée. Finalement, l'intervenante principale ne participe pas à la neuvième séance. Notons au passage que l'évaluation présentée ici n'avait pas pour but d'évaluer les justifications de ces absences qui, justement, pourraient bien être fort justifiées en regard des autres tâches à accomplir dans une organisation. Notons aussi qu'il est difficile d'évaluer l'impact spécifique des absences de l'intervenante principale sur les nombreux abandons qui surviennent dans le groupe, mais il demeure néanmoins important de rappeler qu'il est souhaitable que le thérapeute principal d'un groupe de thérapie fasse preuve d'un engagement total envers ses clients. Comme l'affirme Guimon (2001) : « Le thérapeute doit faire en sorte d'éviter les absences et le manque de ponctualité des membres, phénomènes contagieux et démoralisants, dus à des résistances. Il doit donner lui-même l'exemple d'une ponctualité irréprochable. (p. 61) »

Recommandation # 21 : Considérant qu'en thérapie cognitivo-comportementale de groupe le thérapeute joue un important rôle de leader et de modèle auprès des participants, il est recommandé que le temps de l'intervenante principale soit totalement dévolu à la thérapie pendant les séances régulières.

Pour terminer cette discussion concernant le taux élevé d'abandon observé dans le groupe de thérapie de niveau 1, il apparaît capital de souligner l'effet contagieux que peut avoir un abandon à l'intérieur d'un groupe de thérapie. Selon Guimon (2001), le phénomène de contagion se produisant à partir de l'abandon d'un membre est l'une des causes les plus fréquentes d'abandon chez les autres membres du groupe. À cet égard, ce dernier suggère donc que le thérapeute de groupe porte une attention particulière à ce phénomène :

Pour le patient comme pour le groupe, il est nuisible d'abandonner prématurément le groupe et c'est pour cette raison qu'il faut essayer de détecter les patients pour lesquels on pressent que le risque d'abandon hâtif est élevé, afin de les écarter de la thérapie. (p. 84)

En ce sens, le groupe de thérapie de niveau 1 arriverait sans doute à avoir un taux d'abandon moins élevé s'il se donnait des moyens pour prévenir ce phénomène.

Recommandation # 22 : Considérant que l'abandon d'un participant d'un groupe de thérapie peut avoir un effet contagieux sur les autres participants, il est recommandé de porter une attention particulière pour prévenir ce phénomène.

L'efficacité du groupe de thérapie de niveau 1

Méthodologie utilisée

Description

L'efficacité du groupe de thérapie de niveau 1 est évaluée à partir de différents outils. Le principal outil d'évaluation est la formulation d'une théorie du changement attendu dans un tel groupe. Construite principalement à partir de la documentation existant sur le programme et de l'observation des séances de thérapies, cette théorie identifie les buts proximaux (rapprochés) et distaux (éloignés) du groupe de thérapie, de même que les activités devant mener à leur réalisation. En ce sens, cette théorie va permettre d'évaluer l'efficacité du groupe de thérapie de niveau 1. L'efficacité comme telle du programme est évaluée à partir des résultats obtenus par les participants à cinq questionnaires, qui leur ont été administrés lors de la première et de la dernière séance de la thérapie. Ces questionnaires sont le *Beck Anxiety Inventory*, l'*Échelle Yale-Brown sur le trouble obsessionnel-compulsif*, l'*Inventaire de phobie sociale*, l'*Inventaire de mobilité pour l'agoraphobie* et le *Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété*. À ces questionnaires s'ajoutent aussi des observations portant sur l'assiduité des participants aux activités du groupe de thérapie et sur la variation du niveau du fonctionnement des participants. Les paragraphes qui suivent sont consacrés à une description plus détaillée de ces questionnaires et ces tableaux.

Les questionnaires

Le Beck Anxiety Inventory (BAI)

Le BAI est un questionnaire créé par Aaron T. Beck (1990) visant à évaluer la sévérité des symptômes anxieux. Il est composé de 21 items correspondant à autant de symptômes couramment associés à l'anxiété. Pour chaque item, le répondant doit indiquer à quel point il a été incommodé par chacun de ces symptômes au cours de la dernière semaine précédant l'évaluation. Chaque item est coté sur une échelle de type Likert allant de 0 (pas du tout) à 3 (fortement). La cotation s'effectue en attribuant à chaque item le score énoncé précédemment entre parenthèses, puis en faisant la somme des scores de tous les items. L'interprétation des scores se fait de la façon suivante. Un score entre 0 et 21 indique un très faible niveau d'anxiété. Un score entre 22 et 35 indique un niveau d'anxiété modéré. Un score qui excède 36 indique un niveau élevé d'anxiété qui doit être traité. Bien que le BAI n'ait pas comme principale vocation l'évaluation des pensées réalistes proprement dites, certains de ses items se rapportent à ce thème. En ce sens, les scores des quatre items suivants du BAI ont été comptabilisés de façon à donner une mesure des pensées irréalistes soit : l'item 5 « craindre que le pire survienne », l'item 14 « crainte de perdre le contrôle », l'item 16 « peur de mourir » et l'item 17 « être effrayé(e) ». Ces items sont cotés puis interprétés de la manière suivante. Un score de 0 correspond à un symptôme d'intensité nulle (nul), un score de 1 à un symptôme d'intensité légère (lég), un score de 2 à un symptôme d'intensité modérée (mod) et un score de 3 à un symptôme d'intensité forte (for).

L'Échelle Yale-Brown sur le trouble obsessionnel-compulsif (Y-BOCS)

La Y-BOCS est créée par Goodman, Price et Rasmussen (1989) pour évaluer les symptômes du trouble obsessionnel-compulsif. Elle comprend dix énoncés ciblant spécifiquement le temps consacré, l'interférence, la détresse, la résistance et le degré d'emprise des pensées obsédantes (cinq énoncés) et des compulsions (cinq énoncés). Les personnes évaluées doivent répondre aux énoncés sur une échelle de type Likert allant de 1 (pas de symptômes) à 4 (symptômes sévères). La cotation s'effectue en additionnant les scores obtenus aux cinq énoncés d'obsessions (énoncés un à cinq) et aux cinq énoncés de compulsions (énoncés six à dix). L'interprétation s'effectue de la façon suivante. Un score entre 0 et 7 indique l'absence de symptômes. Un score entre 8 et 15 indique la présence de symptômes légers. Un score entre 16 et 23 indique la présence de symptômes modérés. Un score entre 24 et 31 indique la présence de symptômes graves. Finalement, un score entre 32 et 40 indique la présence de symptômes extrêmes.

L'Inventaire de phobie sociale (IPS)

L'IPS est développé par Connor, Davidson, Churchill et al. (1999) pour évaluer les symptômes de la phobie sociale. Il comprend dix-sept énoncés auxquels on répond sur une échelle de type Likert allant de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement). Ces énoncés évaluent principalement la peur, l'évitement et l'inconfort des répondants. Trois énoncés (énoncés 6, 9 et 15) servent à identifier les personnes à risque. Ainsi, pour la cotation, il faut d'abord additionner les scores de ces énoncés de dépistage. Un score de 6 à ces trois énoncés indique une forte probabilité de

présence de phobie sociale. Les répondants qui obtiennent un tel score doivent être examinés plus en détail avec le questionnaire complet par la suite. Un score supérieur ou égal à 19 à l'ensemble du questionnaire évoque la possibilité d'un diagnostic de phobie sociale.

L'Inventaire de mobilité pour l'agoraphobie (IMA)

L'IMA est conçu par Chambless, Caputo, Jasin, Gracely et Williams (1985) dans le but d'évaluer l'évitement agoraphobique du répondant, en faisant la distinction entre l'évitement lorsqu'il effectue la situation lorsqu'il est accompagné et lorsqu'il est seul. L'inventaire mesure également chez le répondant le nombre d'attaques de panique survenues durant les sept derniers jours. Il comprend vingt-cinq énoncés associés aux sous-échelles « accompagné » et « seul », auxquels la personne évaluée répond sur une échelle de type Likert allant de 1 (Je n'évite jamais) à 5 (J'évite toujours). Pour la cotation, il suffit d'additionner chacun des scores pour chacune des sous-échelles et de le diviser par le nombre d'énoncés répondus afin d'obtenir un score moyen. Pour la sous-échelle « accompagné », un score moyen entre 2,53 et 2,66 constitue la norme chez des répondants agoraphobes, comparativement à un score moyen de 1,20 chez des étudiants. Pour la sous-échelle « seul », un score moyen entre 3,37 et 3,87 constitue la norme chez des répondants agoraphobes, comparativement à un score moyen de 1,58 chez des étudiants.

Le Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété (QIA)

Le QIA est développé par Dugas, Freeston, Lachance, Provencher et Ladouceur (1995) pour évaluer les symptômes du trouble d'anxiété généralisée. Il comprend six questions correspondant aux critères diagnostiques du DSM-IV. La personne évaluée répond aux questions sur une échelle de type Likert allant de 1 (symptôme absent) à 5 (symptôme extrême). Pour l'interprétation, le répondant doit obtenir un score supérieur ou égal à 3 à toutes les questions pour que la possibilité d'un trouble d'anxiété généralisée soit considérée. De plus, le répondant doit obtenir un score supérieur ou égal à 3 à au moins trois des six énoncés de la question numéro 5 concernant l'intensité des symptômes anxieux des participants.

Les tableaux

Le Tableau 11

L'assiduité des participants aux activités du groupe de thérapie est également compilée par l'évaluateur. En ce sens, il indique le niveau d'assiduité de chaque participant aux différentes activités proposées par le groupe, soit à la présentation d'information sur les troubles anxieux, aux exercices de respiration et de relaxation, aux exercices d'exposition, de même qu'à la présentation et à l'utilisation de techniques de restructuration cognitive. Pour chaque activité, un point est accordé au participant qui a assisté à la séance (activités d'information et de restructuration cognitive) ou qui a effectué les exercices suggérés durant la semaine (respiration/relaxation et exposition). Le niveau d'assiduité de chaque participant à

chaque activité est calculé en divisant le nombre de points obtenus à chaque activité par le nombre de séances consacré à l'activité. Le score obtenu est ensuite transformé en pourcentage.

Le Tableau 12

La variation du niveau du fonctionnement des participants est également compilée par l'évaluateur. Au début et à la fin de chaque séance de thérapie, les intervenantes du programme elles-mêmes invitent les participants à évaluer leur niveau de fonctionnement en regard de l'intensité de leurs symptômes anxieux. La cotation est effectuée sur une échelle de type Likert allant de 1 (Je suis complètement invalide) à 10 (Je fonctionne normalement).

La théorie du changement

La théorie du changement du groupe de thérapie de niveau 1 fait référence aux différentes variables qui sont susceptibles d'aider à la réalisation des différents objectifs du groupe. Le Tableau 4 indique que, dans cette théorie, il est présumé que quatre types d'activités auront éventuellement un certain effet proximal (trois types) puis distal (deux types) chez les participants. C'est ce qui nous permet de croire qu'un tel programme puisse être efficace et le démontrer. Idéalement, une telle construction théorique, qui a quand même sa propre logique et sa cohérence interne, devrait aussi pouvoir être validée dans l'observation de la réalité thérapeutique. Or, comme nous le verrons, le peu de sujets qui ont été observés ici ne permet pas

vraiment un tel exercice de validation. Notons aussi que, en toute logique, le choix des instruments utilisés dans l'évaluation de l'efficacité du programme est à juste titre relié aux différentes variables identifiées dans cette théorie. Ajoutons finalement que, compte tenu des différents objectifs visés à l'intérieur de cette théorie, il semble que le programme souscrive à une approche plutôt curative des troubles anxieux.

Tableau 4
Théorie du changement

Activités	Buts proximaux	Buts distaux
Information sur les troubles anxieux	Diminution des symptômes anxieux	Augmentation du niveau global de fonctionnement
Techniques de respiration et de relaxation	Diminution des comportements d'évitement	Maintien des acquis
Exercices d'exposition ou de prévention de la réponse	Diminution des pensées irréalistes	
Restructuration cognitive		

Résultats obtenus

Sur les quatre participants qui ont complété le groupe de thérapie de niveau 1, trois ont répondu aux questionnaires, soit ceux qui sont identifiés comme étant P2, P3 et P4. Le quatrième participant à avoir complété la thérapie (P6) n'a pas pu répondre aux questionnaires. Les tableaux suivant présentent donc les résultats pour uniquement trois participants. Préalablement, le Tableau 5 présente les données relatives à l'assiduité de ces trois participants à chacune des séances mais aussi, au bas, pour les séances regroupées selon quatre types d'activités.

Tableau 5

Assiduité des participants aux activités du groupe

Séances	Activités	Assiduité		
		P2	P3	P4
1	Information	X	X	X
	Respiration / relaxation			X
2	Information	X		X
3	Respiration / relaxation			
	Restructuration cognitive	X	X	X
4	Information	X	X	X
5	Information	X		X
	Respiration / relaxation			
	Exposition	X		X
6	Exposition	X	X	
	Restructuration cognitive	X	X	X
7	Information	X	X	X
	Exposition		X	X
8	Respiration / relaxation			
	Exposition			X
	Restructuration cognitive	X	X	X
9	Exposition	X	X	X
10	Exposition		X	
1 à 10	Information	100%	60%	100%
	Respiration/relaxation	0	0	25%
	Exposition	50%	66%	66%
	Restructuration cognitive	100%	100%	100%

On y relève que, notamment pour les activités de respiration / relaxation, l'assiduité est très basse, sinon nulle pour deux participants. Par contre, l'assiduité est beaucoup plus élevée pour les activités d'information et de restructuration. Les scores totaux obtenus par les participants au *Beck Anxiety Inventory* rendent d'abord compte de l'ensemble des symptômes anxieux de ces derniers avant et après leur participation au programme (Tableau 6). On y remarque qu'un seul des participants a vu son score s'améliorer. Par ailleurs, aucun test statistique n'est effectué, compte tenu du faible nombre de sujets (N=3). Le Tableau 7, quant à lui, présente les résultats relatifs aux pensées irréalistes identifiées avec le BAI. On y remarque que, en moyenne, les scores de tous les participants semblent s'être améliorés après leur participation au groupe.

Tableau 6

Scores totaux des participants au BAI

Participants	Scores pré-test	Interprétation	Scores post-test	Interprétation	Variation
P2	40	Anxiété sévère	39	Anxiété sévère	- 1
P3	27	Anxiété modérée	26	Anxiété modérée	- 1
P4	48	Anxiété sévère	28	Anxiété modérée	- 20

Tableau 7

Variation de l'intensité des pensées irréalistes des participants

Items	P2			P3			P4		
	Pré	Post	Var	Pré	Post	Var	Pré	Post	Var
5. Craindre que le pire ne survienne	1: lég	1: lég	=: lég	3: for	2: mod	- 1: mod	3: for	1: lég	- 2: lég
14. Crainte de perdre le contrôle	3: for	1: lég	- 2: lég	2: mod	1: lég	- 1: lég	3: for	2: mod	- 1: mod
16. Peur de mourir	1: lég	1: lég	=: lég	2: mod	1: lég	- 1: lég	2: mod	0: nul	- 2: nul
17. Etre effrayé(e)	2: mod	2: mod	=: mod	1: lég	2: mod	+ 1: mod	3: for	1: lég	- 1: lég
Moyenne	1.75: mod	1.25: lég	- 0.5: lég	2: mod	1.5: mod	- 0.5: mod	2.75: for	1: lég	- 1.75: lég

Note: nul = nulle, lég = légère, mod = modérée, for = forte.

On remarque aussi que, si on fait exception de l'item 17, les pensées irréalistes qui sont d'intensité forte ou modérée au début de la thérapie auraient toutes diminué d'au moins un degré en intensité au terme de la thérapie et ce, chez tous les participants.

Quant aux résultats obtenus à l'*Échelle Yale-Brown* pour le trouble obsessionnel-compulsif (voir Tableau 8), on remarque que, au terme de la thérapie, les symptômes obsessionnels-compulsifs du seul participant (P3) qui est diagnostiqué avec ce trouble paraissent être inchangés.

Tableau 8
Scores des participants à l'Y-BOCS

Participants	Scores pré-test	Interprétation	Scores post-test	Interprétation	Variation
P2	7	Pas de symptômes TOC	0	Pas de symptômes TOC	- 7
P3	27	Symptômes TOC graves	25	Symptômes TOC graves	- 2
P4	6	Pas de symptômes TOC	5	Pas de symptômes TOC	- 1

À l'*Inventaire de phobie sociale* (voir Tableau 9), il semble qu'aucun participant ne présente de symptômes propres à la phobie sociale et ce, autant au début qu'à la fin de la thérapie. En ce sens, P2 et P4 n'ont pas répondu à l'IPS au pré-test suite au jugement diagnostique de l'intervenante qui a procédé à l'évaluation de ces participants.

Tableau 9
Scores des participants à l'IPS

Participants	Scores pré-test	Interprétation	Scores post-test	Interprétation	Variation
P2	Non répondu	-	30	Pas de symptômes	-
P3	4	Pas de symptômes	2	Pas de symptômes	- 2
P4	Non répondu	-	25	Pas de symptômes	-

À l'*Inventaire de mobilité pour l'agoraphobie* (voir Tableau 10), on observe qu'il y aurait possiblement des améliorations importantes chez le seul sujet qui avait des symptômes d'évitement avant la thérapie.

Tableau 10
Scores des participants à l'IMA

Participants	Scores pré-test	Interprétation	Scores post-test	Interprétation	Variation
P2	Acc.:	Pas	Acc.:	Pas	+ 0.03
	1.29	d'évitement	1.32	d'évitement	
	Seul:	Pas	Seul:	Pas	- 0.21
	2.04	d'évitement	1.83	d'évitement	
P3	Acc.:	Pas	Acc.:	Pas	0
	1.15	d'évitement	1.15	d'évitement	
	Seul:	Pas	Seul:	Pas	+ 0.15
	1.07	d'évitement	1.22	d'évitement	
P4	Acc.:	Pas	Acc.:	Pas	- 1.15
	2.15	d'évitement	1.00	d'évitement	
	Seul:	Évitement	Seul:	Pas	- 1.24
	3.44		2.20	d'évitement	

Au *Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété* (voir Tableau 11), on remarque que tous les participants avaient une forte possibilité d'être diagnostiqués avec un trouble d'anxiété généralisée au début de la thérapie mais qu'un seul aurait pu l'être à la fin.

Tableau 11
Scores des participants au QIA

Participants	Scores Pré-test	Interprétation	Scores Post-test	Interprétation	Variation
P2	TQ \geq 3: 3	Forte possibilité de TAG	TQ \geq 3: 1	Pas de TAG	TQ \geq 3: - 2
	3E/6 \geq 3 à Q5:6		3E/6 \geq 3 à Q5:6		3E/6 \geq 3 à Q5:0
P3	TQ \geq 3: 3	Forte possibilité de TAG	TQ \geq 3: 3	Forte possibilité de TAG	TQ \geq 3: 0
	3E/6 \geq 3 à Q5:6		3E/6 \geq 3 à Q5:6		3E/6 \geq 3 à Q5:0
P4	TQ \geq 3: 3	Forte possibilité de TAG	TQ \geq 3: 1	Pas de TAG	TQ \geq 3: - 2
	3E/6 \geq 3 à Q5:6		3E/6 \geq 3 à Q5:4		3E/6 \geq 3 à Q5:- 2

Les résultats présentés au Tableau 12 indiquent que le niveau de fonctionnement se serait probablement amélioré chez deux des trois participants. Celui dont le niveau ne s'est pas amélioré avait déjà un niveau relativement plus élevé au début (six sur dix).

Tableau 12

Variation dans le niveau de fonctionnement des participants

Participants	Niveau au début de la thérapie	Niveau à la fin de la thérapie	Variation
P2	4	7	+ 3
P3	6	6	=
P4	4	6	+ 2

Discussion et recommandations

Notons d'abord que l'interprétation des résultats présentés plus haut doit être faite dans le contexte où, dans la plupart des cas, seuls quelques sujets ($N=3$) ont été évalués et qu'aucune analyse statistique n'est possible. Ceci étant dit, les quelques observations disponibles nous permettent quand même de dégager certaines tendances. Rappelons donc que les résultats discutés ici doivent davantage se lire comme des observations, l'auteur étant pleinement conscient que ces derniers possèdent une très faible valeur scientifique, notamment à cause des limites de sa méthodologie et de la taille restreinte de son échantillon. Le premier point à discuter en regard de l'efficacité éventuelle du groupe de thérapie de niveau 1 concerne la diminution des symptômes anxieux des participants. Lorsqu'on se réfère à la théorie du changement présentée au Tableau 4, on voit que la diminution des symptômes anxieux demeure un des principaux buts visés par la thérapie, du moins de façon proximale. Or, les résultats obtenus par les participants au BAI, de même qu'à la question 5 du QIA, montrent que les symptômes anxieux de ces derniers semblent subir peu de changement au cours de la thérapie. En effet, au BAI et à la question 5 du QIA, on remarque que seuls les symptômes anxieux de P4 présenteraient une diminution au terme de la thérapie. Cet objectif du groupe de thérapie ne semble donc pas être pleinement réalisé. Lorsqu'on se penche sur le niveau d'assiduité des participants aux différentes activités proposées par le groupe de thérapie, on observe que seul P4 présente un niveau d'assiduité très élevé à toutes les activités. Or, il semble que le degré de participation aux activités a un effet sur la diminution des

symptômes anxieux des participants. En effet, il appert que le peu de changement observé par rapport à la diminution des symptômes anxieux des participants P2 et P3 pourrait être davantage attribué à leur niveau d'assiduité, qu'à la valeur thérapeutique des activités proposées. Dans ce sens, les résultats obtenus (chez les rares participants qui ont pu être évalués) n'invalideraient pas la théorie du changement qui avait été proposée. Ainsi, dans un devis de recherche plus élaboré et avec plus d'observations, il serait intéressant de tester cette hypothèse : plus un participant présente un niveau d'assiduité élevé aux différentes activités proposés par le groupe, plus on risque d'observer une diminution de ses symptômes anxieux.

Cette interprétation rejoint les propos précédemment mentionnés dans la section portant sur la prestation des services. À l'intérieur de cette partie, on relevait le manque de rigueur dans le suivi accordé par les intervenantes aux exercices d'exposition des participants. Or, il semble que cette observation peut aussi s'appliquer à l'ensemble des activités proposées par le groupe de thérapie. Il est donc recommandé de voir à ce que les participants montrent une plus grande assiduité dans la réalisation de toutes les activités proposées. Une plus grande assiduité est notamment souhaitable lors des séances consacrées aux exercices de respiration/relaxation.

Dans le même ordre d'idées, on remarque que les activités proposées par le groupe de thérapie de niveau 1 pourraient participer efficacement à l'atteinte d'un deuxième but proximal, soit la diminution des comportements d'évitement.

Mentionnons toutefois que cette dernière semble efficace spécifiquement par rapport aux comportements d'évitement agoraphobique. En effet, les différents questionnaires utilisés ne permettent pas d'appliquer notre interprétation à d'autres types d'évitement propres aux troubles anxieux.

Le troisième but proximal visé par le groupe de thérapie de niveau 1 concerne la diminution des pensées irréalistes, ce qui a été observé chez les trois participants. Même si toutes les activités proposées joueraient probablement un rôle dans la réalisation de ce but proximal, il serait possible qu'une activité comme la restructuration cognitive ait un impact plus important que les autres à cet égard. Ce faisant, ces résultats pourraient sans doute s'expliquer par le niveau d'assiduité élevé des participants aux séances de thérapie à l'intérieur desquelles des techniques de restructuration cognitive sont présentées ou utilisées.

Le principal but distal du groupe de thérapie de niveau 1 est d'améliorer le niveau de fonctionnement des participants, ce qui s'est révélé chez deux d'entre eux. En ce sens, les activités proposées à l'intérieur de la théorie du changement du groupe de thérapie pourraient contribuer efficacement à la réalisation de buts proximaux qui, ensuite, amènent une amélioration du niveau de fonctionnement des participants. L'autre but distal de la théorie du changement du groupe de thérapie est le maintien des acquis. Les outils d'évaluation utilisés pour les fins de ce travail ne permettent pas de vérifier à quel point les activités proposées par le groupe participent à sa réalisation.

En dernier lieu, l'analyse des résultats obtenus amène à se demander si l'efficacité des activités qui composent la théorie du changement du groupe pourrait varier selon le type particulier de trouble anxieux présenté par le participant. Un tel questionnement est soulevé par le peu de changement observé dans les résultats obtenus par P3 au terme de la thérapie. En fait, parmi tous les participants évalués, on constate que P3 demeure le participant chez lequel on observerait le moins de changement au terme de la thérapie. Or, on remarque que P3 est le seul participant à présenter des symptômes anxieux propres au trouble obsessionnel-compulsif (TOC) à l'échelle Y-BOCS. D'un autre côté, on remarque que P4 est le participant chez lequel on observe le plus de changement au terme de la thérapie. Or, P4 semble être le seul participant à présenter un diagnostic de trouble panique avec agoraphobie (TPA), dans la mesure où ce dernier est le seul participant à présenter des symptômes d'évitement agoraphobiques à l'IMA. Par contre, lorsqu'on se réfère aux niveaux d'assiduité de P3 et P4 aux exercices d'exposition ou de prévention de la réponse, on constate qu'il est identique (66%). Comme ces exercices constituent le traitement thérapeutique le plus efficace autant pour le TPA que le TOC, il demeurerait donc peu probable que l'efficacité des activités proposées par le groupe varie selon la spécificité diagnostique du trouble anxieux du participant. Le peu de changement observé dans les résultats obtenus par P3 ne pourrait donc pas être reliée à l'efficacité de la théorie du changement du groupe en regard de la spécificité diagnostique de son trouble anxieux. Il demeure donc probable que les résultats de P3

s'expliqueraient davantage par certaines lacunes au niveau de la théorie du processus du groupe (prestation des services).

En résumé, les activités proposées par le groupe de thérapie de niveau 1 arriveraient généralement à de bons résultats chez les participants qui s'y adonnent assidûment. Ainsi, les activités du groupe semblent avoir le potentiel requis pour l'aider à atteindre ses buts, tant proximaux que distaux. La théorie du changement proposée rendrait bien compte des attentes que l'on peut avoir dans un tel programme.

Les forces et les faiblesses du groupe

Les forces

Après avoir procédé à l'évaluation des différents éléments qui constituent le groupe de thérapie de niveau 1, certains d'entre eux peuvent être identifiés comme étant des forces de ce groupe de thérapie. Une première force du groupe de thérapie réside assurément dans les ressources humaines déployées à l'intérieur des séances de thérapie. L'évaluation de la formation professionnelle des intervenantes qui animent les séances de thérapie du groupe fait ressortir la qualité des compétences professionnelles de ces dernières. Les intervenantes possèdent un bon bagage d'expérience professionnelle tant en matière de thérapie de groupe, qu'en matière de thérapie des troubles anxieux. De plus, on remarque qu'il existe une grande complémentarité entre les compétences professionnelles des deux intervenantes attitrées. L'intervenante principale possède la formation professionnelle pour assumer les activités reliées aux exercices d'exposition et à l'utilisation de restructuration cognitive, alors que celle qui agit davantage à titre de coanimatrice est habilitée à assumer les activités de relaxation et de respiration. Les deux intervenantes ont également la capacité d'assumer les activités de présentation d'information sur les troubles anxieux. Cette complémentarité au niveau des compétences professionnelles demeure ainsi un atout important du groupe, dans la mesure où elle indique que les intervenantes possèdent les compétences requises

pour assumer la totalité des activités proposées aux participants à l'intérieur des séances de thérapie de groupe. Un autre atout important des ressources humaines du groupe de thérapie de niveau 1 réside sans aucun doute dans la capacité des intervenantes à reconnaître les limites de leurs compétences. En ce sens, on relève que les intervenantes du groupe font appel à d'autres professionnels pour assumer les activités pour lesquelles elles possèdent moins de compétences. Par exemple, une psychiatre est appelée à venir donner de l'information sur les troubles anxieux et sur les traitements pharmacologiques qui y sont associés. Elles s'assurent donc que cette activité soit donnée par une intervenante qui possède les compétences professionnelles pour le faire. La compétence professionnelle des différentes intervenantes du groupe contribue donc à faire des ressources humaines une force du groupe de thérapie de niveau 1.

Une deuxième force du groupe de thérapie demeure ses objectifs de changement réalistes et mesurables, tels qu'ils ont été formalisés, dans cette évaluation, dans une théorie du changement. Dans cette théorie, on observe que les activités thérapeutiques proposées par le groupe de thérapie de niveau 1 pourraient être démontrées efficaces, dans la mesure où elles participent à la réalisation des buts proximaux et distaux du groupe. Les activités de présentation d'information sur les troubles anxieux, de relaxation et de rééducation respiratoire, d'exposition ou de prévention de la réponse ainsi que de présentation et d'utilisation de techniques de restructuration cognitive, engendreraient ainsi une diminution des symptômes anxieux, des comportements d'évitement agoraphobique et des pensées irréalistes

chez les participants qui s'y sont adonnés avec assiduité. Plus encore, toutes ces activités pourraient contribuer à améliorer le niveau de fonctionnement des participants. En somme, le groupe paraît posséder des activités thérapeutiques efficaces qui ont la capacité d'amener les changements souhaités chez les participants. Ainsi, cette force se reflète également dans la prestation des services proposés par le groupe, car les services offerts aux participants correspondent aux activités contenues dans la théorie du changement. Le contenu des séances de thérapie apparaît donc comme étant une autre force du groupe de thérapie observé.

Les faiblesses

Les principales faiblesses du groupe de thérapie de niveau 1 se retrouvent au niveau de la définition de sa population cible, de la couverture des services et de l'application de certains principes propres à l'approche thérapeutique privilégiée.

Le groupe de thérapie accueille la bonne clientèle puisque la population participante est composée de personnes souffrant de symptômes anxieux importants. Toutefois, les critères d'inclusion et d'exclusion de la population cible manquent de précision car ils demeurent souvent basés uniquement sur la présence de symptômes anxieux importants. Ce manque de précision peut devenir une faiblesse dans la mesure où il peut avoir une influence sur le niveau d'homogénéité du groupe et ainsi sur le développement de la cohésion du groupe. Le groupe serait sans doute avantagé s'il établissait des critères d'inclusion et d'exclusion moins larges.

Ce faisant, le groupe améliorerait possiblement la couverture des services. Ce dernier élément apparaît comme une faiblesse du groupe de thérapie. D'une part, le groupe semble compter trop de participants. Cela peut avoir un effet sur l'efficacité de la thérapie, car les intervenantes ne semblent pas parvenir à assurer un suivi efficace des exercices d'exposition de tous les participants. De plus, le nombre trop élevé de participants peut lui aussi avoir une influence sur le niveau d'homogénéité du groupe et sur le développement de la cohésion du groupe. Ainsi, ce dernier gagnerait probablement à mieux définir sa population cible, de façon à avoir un groupe le plus homogène possible. Conséquemment, cela contribuerait à réduire le nombre de participants du groupe. Il va sans dire que le système de sélection des participants préconisé par le groupe bénéficierait lui aussi de changement effectué en ce sens.

Le groupe de thérapie de niveau 1 présente aussi certaines lacunes à l'intérieur de son approche thérapeutique. Au niveau de son aspect cognitivo-comportemental, on note que l'approche thérapeutique privilégiée par le groupe ne semble pas tenir assez compte des résistances qu'elle peut susciter chez les participants. Le travail d'exposition aux situations anxiogènes n'est pas sans créer certaines résistances chez le participant. Les intervenantes auraient ainsi sans doute avantage à accorder plus de temps à la résolution de ces résistances. D'un autre côté, l'approche cognitivo-comportementale tire une grande partie de son efficacité dans l'assiduité avec laquelle les participants s'adonnent aux différents exercices qu'elle leur propose. Or, on observe que les participants du groupe de thérapie de niveau 1

pourraient montrer un niveau d'assiduité beaucoup plus élevé, tant dans leurs exercices d'exposition, que dans la mise en pratique des techniques de respiration et de relaxation qui leur sont présentés. Le manque de rigueur dans le suivi accordé par les intervenantes à la réalisation des exercices des participants apparaît donc comme une des plus grandes faiblesses du groupe.

Par ailleurs, on remarque également certaines faiblesses au niveau de l'approche de groupe. En effet, comme il a été précédemment mentionné, le groupe ne semble pas accorder assez d'importance à son niveau d'homogénéité et ainsi, au développement de sa cohésion. Cela constitue encore là une des faiblesses les plus importantes du groupe, dans la mesure où le niveau de cohésion d'un groupe de thérapie, est souvent relié à son niveau de participation et donc, à son taux d'abandon. Or, le taux très élevé d'abandon relevé à l'intérieur du groupe laisse croire qu'un travail effectué au niveau de la cohésion du groupe aiderait probablement à en réduire significativement le nombre d'abandons.

Conclusion

À la lumière de l'évaluation des différents éléments du groupe de thérapie de niveau 1 du Programme de thérapie pour les personnes souffrant de troubles anxieux du CSSSE, on peut affirmer que le groupe possède une valeur de base intéressante. Tout d'abord, ses intervenantes présentent les compétences professionnelles requises pour aider les participants à rencontrer les objectifs thérapeutiques du groupe. Puis, le groupe de thérapie offre effectivement ses services à des participants qui souffrent de troubles anxieux. Le groupe utilise également l'approche thérapeutique cognitivo-comportementale de groupe, ce qui constitue un choix éclairé pour amener de bons résultats auprès d'une clientèle composée de participants souffrant de troubles anxieux. Finalement, les activités thérapeutiques proposées démontrent certains indices d'efficacité auprès des participants qui les suivent assidûment. Ces dernières semblent avoir la capacité d'entraîner, entre autre, la diminution des symptômes anxieux et l'amélioration du fonctionnement des participants.

Toutefois, la valeur du groupe de thérapie de niveau 1 serait sans doute grandement augmentée s'il parvenait à améliorer certains détails relatifs à la définition de sa clientèle et à son processus thérapeutique. En ce sens, le groupe reste quand même avec des lacunes importantes qui peuvent nuire à son efficacité. Ces lacunes semblent se traduire d'une part, par un taux d'abandon élevé chez ses

participants et d'autre part, par un manque d'assiduité des participants en regard des activités proposées. Pour réduire le nombre d'abandon à l'intérieur du groupe, il est donc fortement suggéré de s'attarder à l'amélioration de la cohésion du groupe. Cela commence par une meilleure définition des critères d'inclusion et d'exclusion de la population cible du groupe, de façon à donner un plus grand niveau d'homogénéité au groupe. Une meilleure préparation des participants au travail thérapeutique qui les attend, notamment en regard des résistances qui peuvent surgir vis-à-vis des exercices d'exposition, demeure également souhaitable pour aider au développement d'une solide cohésion de groupe. Pour ce qui est de l'amélioration de niveau d'assiduité des participants aux différentes activités thérapeutiques proposées par le groupe, il est recommandé d'assurer un meilleur suivi de ces différentes activités auprès des participants. Ainsi, les activités impliquant la réalisation d'exercices d'exposition ou de respiration/relaxation, pourraient être suivies avec plus de rigueur par les intervenantes, de façon à s'assurer que chaque participant effectue bel et bien ses exercices. À cet égard, un nombre moins élevé de participants à l'intérieur du groupe, de même qu'un plus grand nombre de séances réservées à la réalisation de ces exercices, aideraient possiblement à augmenter l'assiduité des participants aux activités et ainsi, à générer davantage de résultats chez ces derniers.

En terminant, il est finalement important de discuter des améliorations qui contribueraient à augmenter la qualité d'un travail d'évaluation comme celui qui vient d'être présenté ici. Au départ, l'objectif principal d'un tel travail est d'évaluer plusieurs éléments du groupe de thérapie de niveau 1, de façon à pouvoir émettre un

jugement global sur la valeur du groupe. Or, compte tenu de différentes contraintes, chaque élément n'a peut-être pas été assez abordé en profondeur. En ce sens, chaque élément du programme aurait assurément mérité d'être évalué plus en profondeur, de façon à pouvoir rendre compte d'une compréhension plus détaillée de chacun de ses éléments. Par exemple, on sait que les ressources humaines d'un programme ne s'évaluent pas uniquement par les compétences professionnelles de ses intervenantes. Il aurait donc été intéressant de pouvoir évaluer les compétences personnelles, voire les différentes composantes de la personnalité que doit posséder un intervenant qui anime une thérapie de groupe pour les personnes souffrant de troubles anxieux. D'un autre côté, il aurait également été intéressant d'utiliser des outils d'évaluation capables de donner une plus grande validité aux résultats obtenus par rapport à l'efficacité du groupe. En ce sens, l'utilisation de tests plus spécifiques visant à mesurer spécifiquement l'impact de telle activité sur tel objectif thérapeutique améliorerait grandement la validité des résultats. La section portant sur l'efficacité du groupe aurait également bénéficié d'une plus grande validité si le nombre de participants avait été supérieur à trois. Avec un nombre aussi restreint de participants, aucune analyse statistique n'a pu être effectuée. Nous avons donc dû nous contenter de dégager certaines tendances, ce qui a grandement diminué la valeur de la discussion entourant les résultats obtenus. La section portant sur l'efficacité du groupe aurait aussi bénéficié d'une méthodologie plus rigoureuse. En ce sens, des études futures similaires seraient sans doute améliorées par l'adoption d'un protocole avec groupe témoin de comparaison. Dans le cadre de l'étude

actuelle, l'utilisation de protocoles à cas unique multiple aurait pu nous permettre de contrôler certaines variables et d'obtenir une meilleure validité interne.

Finalement, ce travail nous aura aussi permis de dégager des pistes de recherche intéressantes pour de futures études similaires. Par exemple, ce travail nous amène à s'interroger sur les avantages et les désavantages d'utiliser des groupes homogènes ou hétérogènes dans le traitement des troubles anxieux. Existe-t-il une forme de groupe plus avantageux dans le traitement dans l'anxiété ? Quels sont leurs limites et avantages respectifs ? Ce travail nous amène également à se pencher sur la question des nombreux abandons à l'intérieur des groupes de thérapie. Même si ce travail propose certaines explications relativement au nombre élevé d'abandons dans le groupe étudié, il demeure clair que cette question aurait mérité un examen beaucoup plus approfondi. En ce sens, il serait sans doute intéressant de faire une réflexion sur les relations qui existent entre l'abandon et les différents thèmes abordés à l'intérieur de ce travail, comme le mode de sélection des participants, la relation thérapeutique intervenant / participant et la forme du groupe (hétérogénéité vs homogénéité).

Références

- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1993). *Beck Anxiety Inventory*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Jasin, S. E., Gracely, E. J. & Williams, C. (1985). The mobility inventory for agoraphobia. *Behaviour research and therapy*, 23, 35-44.
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, E. et al. (1999, juin). *Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN): A new self-rating scale*. Affiche présentée au 99e congrès annuel de NCDEU, Boca Raton.
- De Lucia-Waack, J. L. et al. (2004). *Handbook of group counselling and psychotherapy*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- Di Tommasso, R. A. & Gosch, E. A. (2002). *Comparative treatments for anxiety disorders*. New York: Springer Pub.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Lachance, S., Provencher, M. & Ladouceur, R. (1995, juillet). *The worry and anxiety questionnaire : Initial validation in non clinical and clinical samples*. Communication présentée au World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Copenhagen.
- Free, M. L. (1999). *Cognitive therapy in groups: Guidelines and resources for practice*. Chichester: Wiley.
- Girault, N. & Pélissolo, A. (2003). Les troubles anxieux en médecine générale - L'approche psychologique des troubles anxieux : Information, soutien et psychothérapies. *Annales médico-psychologiques*, 161, 260-264.
- Goodman, Price & Rasmussen. (1989). Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychiatry*, 46, 1006-1011.

Guimon, J. (2001). *Introduction aux thérapies de groupe : Théories, techniques et programmes*. Paris : Masson.

Knapp, S. & Van De Creek, L. (1989). *Diagnosis and treatment selection for anxiety disorders*. Sarasota : Professional Resource Exchange.

Rangaraj, J. & Péliissolo, A. (2003). Les troubles anxieux en médecine générale - Identification des troubles anxieux, *Annales médico-psychologiques*, 161, 250-254.

Schaffer, J. & Galinsky, M. D. (1989). *Models of group therapy: Second edition*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

White, J. R. & Freeman, A. (2000). *Cognitive-behavioral group therapy for specific problems and populations*. Washington: American Psychological Association.

Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.

Appendice A

Liste des recommandations

Recommandation # 1 : Considérant que le travail d'intervenant en santé mentale nécessite une mise à jour régulière au niveau de l'avancement des connaissances en matière d'intervention, nous recommandons que les intervenantes du programme puissent bénéficier de formation continue sur les thérapies de groupe pour les personnes souffrant de troubles anxieux.

Recommandation # 2 : Considérant que le groupe de thérapie de niveau 1 ne possède pas de définition de sa population à risque et que cela risque d'entraîner des difficultés à bien identifier sa population cible, il est recommandé que le programme procède à une meilleure définition de sa population à risque, c'est-à-dire d'identifier les caractéristiques des personnes susceptibles de développer un trouble anxieux.

Recommandation # 3 : Considérant qu'il existe différents types de symptômes anxieux, qu'il existe différents types de troubles anxieux et que le terme « important » ne permet pas de quantifier clairement l'intensité des symptômes, il est recommandé que la population cible du groupe soit définie plus en profondeur, c'est-à-dire en identifiant des critères d'inclusion et d'exclusion plus précis.

Recommandation # 4 : Considérant que les deux participants présentant le niveau d'anxiété le plus élevé ont tous deux abandonné le groupe de thérapie, il est recommandé de se pencher sur la sévérité des symptômes anxieux des participants et de trouver des solutions pour permettre aux participants aux prises avec un niveau

d'anxiété invalidant de tirer profit du groupe de thérapie. Par exemple, ces participants bénéficieraient peut-être d'un suivi thérapeutique individuel pour favoriser leur intégration au groupe.

Recommandation # 5 : Considérant que le travail d'exposition est sans doute l'activité thérapeutique la plus importante de ce groupe de thérapie et qu'une part importante des participants observés à l'intérieur du groupe ne le pratique pas avec assiduité, il est recommandé de réduire le nombre de participants à quatre ou cinq.

Recommandation # 6: Considérant, l'absence d'utilisation systématique des questionnaires actuels et leur peu de pertinence, il est recommandé d'utiliser des questionnaires portant davantage sur la présence et l'intensité des symptômes anxieux (comme le Beck Anxiety Inventory, par exemple), que sur leur spécificité diagnostique.

Recommandation # 7 : Considérant l'importance d'établir une bonne relation thérapeutique avec les clients anxieux participant à une thérapie cognitive, il est recommandé que les entrevues cliniques « pré-thérapie de groupe » soient réalisées par le principal intervenant traitant du groupe de niveau 1.

Recommandation # 8 : Considérant les fortes craintes et appréhensions présentés par les clients anxieux, il est recommandé que l'entrevue clinique « pré-thérapie de

groupe » accorde davantage d'importance au travail portant sur les craintes et les résistances du participant par rapport au travail thérapeutique de groupe.

Recommandation # 9 : Considérant l'importance d'établir une bonne relation thérapeutique avec les clients anxieux participant à une thérapie cognitive, il est recommandé que ce facteur thérapeutique primordial soit développé dès l'entrevue clinique « pré-thérapie de groupe. ».

Recommandation # 10 : Considérant que le contenu psycho-éducatif occupe beaucoup de place dans l'ensemble du contenu des séances de thérapie et que ce type de contenu a tendance à se répéter à travers les séances, il est recommandé que le contenu psycho-éducatif prenne moins de place dans l'ensemble du contenu des séances de thérapie.

Recommandation # 11 : Considérant que l'apprentissage de techniques de respiration demeure un élément important du traitement thérapeutiques des troubles anxieux, il est recommandé que davantage de temps lui soit consacré à l'intérieur des séances de thérapie.

Recommandation # 12 : Considérant que la plupart des participants semblent avoir rencontré des difficultés à reproduire les techniques de respiration présentées, il est recommandé que les intervenants prennent le temps de faire pratiquer les techniques

aux participants lors des séances de thérapie, de façon à s'assurer que les techniques soient bien maîtrisées et intégrées par les participants.

Recommandation # 13 : Considérant que l'apprentissage de techniques de relaxation est un élément important du groupe de thérapie de niveau 1 et que le matériel audio utilisé pour les exercices de relaxation lors des séances est de mauvaise qualité, il est recommandé de remplacer le matériel audio désuet par un matériel audio de meilleure qualité.

Recommandation # 14 : Considérant que les exercices d'exposition représentent une partie importante du traitement thérapeutique des troubles anxieux et que ces exercices peuvent être rendus plus efficaces s'ils sont pratiqués tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des séances de thérapie, il est recommandé qu'une plus grande part de contenu soit réservé à la pratique d'exercices d'exposition in vivo à l'intérieur des séances de thérapie.

Recommandation # 15 : Considérant que la séance avec les proches des participants peut avoir un effet bénéfique sur ces derniers et que cette séance contient un contenu psycho-éducatif assez complet sur la problématique des troubles anxieux, il est recommandé que cette séance soit la première des séances de thérapie de groupe.

Recommandation # 16 : Considérant que les séances de thérapie avec la psychiatre invitée assument une part importante du contenu psycho-éducatif et compte tenu de

l'importance de l'aspect psychopharmacologique dans le traitement des troubles anxieux, il est recommandé que ces séances soient combinées en une seule séance qui pourrait survenir immédiatement après la séance avec les proches des participants.

Recommandation # 17 : Considérant que les exercices d'exposition jouent un rôle prépondérant dans le traitement des troubles anxieux et que, conséquemment, ces exercices méritent de recevoir plus de temps à l'intérieur du contenu des séances d'un groupe de thérapie pour personnes souffrant de troubles anxieux, il est recommandé que la durée du groupe de thérapie de niveau 1 soit augmentée de cinq séances.

Recommandation # 18 : Considérant que les exercices d'exposition comptent pour une part importante du traitement thérapeutique en thérapie cognitivo-comportementale et qu'ils nécessitent une attention particulière de la part des intervenants, il est recommandé que ces exercices bénéficient d'un suivi plus serré de la part des intervenants.

Recommandation # 19 : Considérant que l'adhésion des clients aux exercices d'exposition est souvent diminuée par les résistances de ces derniers, il est recommandé que les intervenants prennent les moyens nécessaires pour s'assurer de leur adhésion au traitement soit en développant une alliance thérapeutique solide et en travaillant sur les résistances des clients.

Recommandation # 20 : Considérant que la cohésion d'un groupe de thérapie représente un facteur thérapeutique important, en plus d'engendrer un haut niveau d'assiduité aux séances de thérapie, il est recommandé de prendre les moyens nécessaires pour que le groupe de thérapie possède une bonne cohésion, soit en ayant un groupe plus homogène, soit en développant un plus grand sentiment d'appartenance entre les membres du groupe.

Recommandation # 21 : Considérant qu'en thérapie cognitivo-comportementale de groupe le thérapeute joue un important rôle de leader et de modèle auprès des participants, il est recommandé que le temps de l'intervenante principale soit totalement dévolu à la thérapie pendant les séances régulières.

Recommandation # 22 : Considérant que l'abandon d'un participant d'un groupe de thérapie peut avoir un effet contagieux sur les autres participants, il est recommandé de porter une attention particulière pour prévenir ce phénomène.

Appendice B

Canevas de l'entrevue effectuée auprès des intervenants

- 1) Quand le programme a-t-il été créé ?
- 2) À quelle demande répondait la création du programme ?
- 3) Quels sont les objectifs du 1^{er} groupe ?
- 4) Quels sont les objectifs du 2^e groupe ?
- 5) Quels sont les critères de sélection des participants ?
- 6) Quelle est votre formation professionnelle et plus particulièrement en matière de troubles anxieux et de thérapie de groupe ?
- 7) Participez-vous à de la formation continu en matière de troubles anxieux et d'animation de groupe ?
- 8) Qu'est ce qui va changer chez vos clients suite au traitement que vous offrez ? Dans l'immédiat, à plus long terme?
- 9) Quelles activités faites-vous, pendant les traitements, pour amener des changements chez vos clients? Comment vous y prenez-vous? Qu'est-ce qui peut aider quelqu'un qui souffre d'un trouble anxieux ?
- 10) Est-ce que les participants du groupe sont aussi suivis en individuel ? Qui sont ces participants ? Est-ce que ça fait partie du programme ?